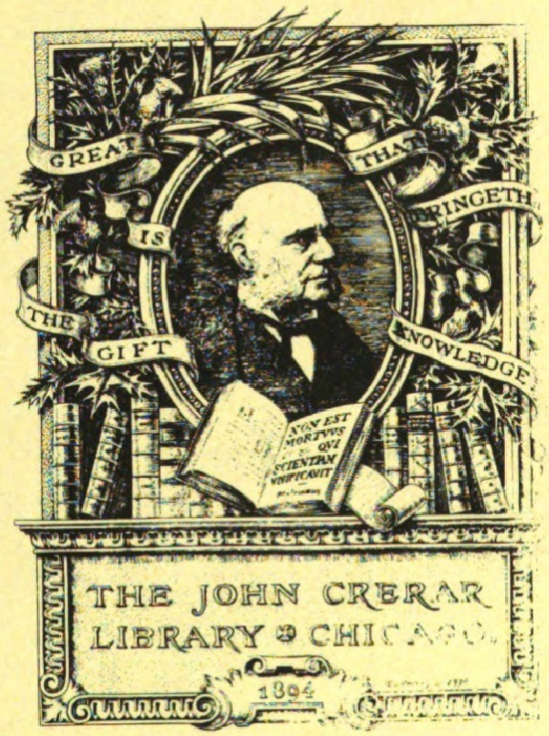
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF CHICAGO



THE SENN COLLECTION

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF CHICAGO

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF CHICAGO

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF CHICAGO

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF CHICAGO

THE NEWBERRY LIBRARY CHICAGO

SCHMIDT'S JAHRBÜCHER

DER

IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMMTEN MEDICIN.

UNTER MITWIRKUNG VON

Prof. Dr. A. WINTER

REDIGIRT VON

Dr. P. J. MÖBIUS und Dr. H. DIPPE

IN LEIPZIG.

Band 241.

JAHRGANG 1894. — Nr. 1.

LEIPZIG 1894.

VERLAG VON OTTO WIGAND.

Inhalt.

A. Auszüge.

Medicinische Physik, Chemie u. Botanik. Nr. 1—6.
Anatomie u. Physiologie. Nr. 7—22.
Allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie. Nr. 23—42.
Pharmakologie u. Toxikologie. Nr. 43—57.
Neuropathologie u. Psychiatrie. Nr. 58—84.
Innere Medicin. Nr. 85—100.
Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde. Nr. 101—124.
Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde. Nr. 125—150.
Hygieine u. Staatsarzneikunde. Nr. 151—162.
Medicin im Allgemeinen.

B. Originalabhandlungen u. Uebersichten. Nr. I. S. 73. Nr. II. S. 92.

C. Bücheranzeigen. Nr. 1—15.

Berichte der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig. S. 71.

Ausgegeben den 10. Januar 1894.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Inhalt.

A. Auszüge.

I. *Medicinische Physik, Chemie und Botanik.*

1. *Argutinsky, P.* Ueber die elementare Zusammensetzung des Ochsenfleisches. S. 3.
2. *Gabriel, S.* Ueber die Wirkung des Kochsalzes auf die Verdaulichkeit und den Umsatz des Eiweisses. S. 3.
3. *Buchner, H.* Ueber den Einfluss der Neutralsalze auf Serum-Alexine, Enzyme, Toxalbumine, Blutkörperchen und Milzbrandsporen. S. 3.
4. *Dreyfuss, Isidor.* Ueber das Vorkommen von Cellulose in Bacillen, Schimmelpilzen und anderen Pilzen. S. 4.
5. *Cremer, Max.* Ueber das Verhalten einiger Zuckerarten im thierischen Organismus. S. 4.
6. *Horbaczewski, J.* Analyse zweier seltener Harnsteine. S. 4.

II. *Anatomie und Physiologie.*

7. *Post, H.* Ueber normale und pathologische Pigmentirung der Oberhautgebilde. S. 4.
8. *Kromayer.* Oberhautpigment der Säugethiere. S. 4.
9. *Schwartz, W.* Grössen- u. Formveränderungen einiger Endothelien durch Dehnung. S. 4.
10. *Kolossow, A.* Ueber die Struktur des Pleuroperitonäal- und Gefässepithels (Endothels). S. 4.
11. *Haidenhain, Mart.* Ueber die Riesenzellen des Knochenmarkes und ihre Centralkörper. S. 5.
12. *Pilliet, A. H.* Ueber den Bau der Blasenmuskeln. S. 5.
13. *Korányi, Alexander,* u. *Friedrich Vas.* Stroboskopische Untersuchungen an den quergestreiften Muskelfasern. S. 5.
14. *Korolkow, P.* Ueber die Nervenendigungen in der Leber. S. 5.
15. *Berkley, H. J.* Ueber die Histologie der Leber. S. 5.
16. *Gaule, Justus.* Die trophischen Eigenschaften der Nerven. S. 6.
17. *Angelucci, Arnaldo.* Ueber trophische Störungen am Auge nach Entfernung des oberen Ganglion des Halssympathicus. S. 7.
18. *Spallitta* u. *Consiglio.* Ueber die die Pupille verengenden Nerven. S. 7.
19. *Braunstein, E.* Zur Lehre über die Innervation der Pupille. S. 7.
20. *Dogiel.* Neuroglia der Retina des Menschen. S. 8.
21. *Börma* u. *Walther.* Untersuchungen über die Abnahme der Sehschärfe im Alter. S. 8.
22. *Schlesinger, H.* Ein Beitrag zur Kenntniss des Hungergefühls. S. 8.

III. *Allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie.*

23. *Buchner, H.* Ueber Bakteriengifte und Gegengifte. S. 9.
24. *Pfeiffer, R.,* u. *A. Wassermann.* Untersuchungen über das Wesen der Cholera-Immunität. S. 10.
25. *Hesse, W.* Ueber die gasförmigen Stoffwechselprodukte beim Wachsthum der Bakterien. S. 10.
26. *Pasquale, A.* Vergleichende Untersuchungen über Streptokokken. S. 11.
27. *Kirchner, M.* Zur Lehre von der Identität des Streptococcus pyogenes und Streptococcus erysipelatis. S. 12.
28. *Lundström, C.* Streptococcus ruber. S. 12.
29. *Germano, Edoardo,* u. *Georgio Maurea.* Vergleichende Untersuchungen über den Typhusbacillus und ähnliche Bakterien. S. 12.
30. *Bertrand* u. *Baucher.* Ueber die Bakterien in den Stühlen bei gutartiger Ruhr. S. 13.
31. *Vogler, G.* Ueber einen neuen, im diarrhoischen Stuhl gefundenen Vibrio. S. 13.
32. *Herz, M.* Ein Behelf bei der mikroskopischen Untersuchung der Faeces. S. 13
33. *Marfan* u. *P. Marbot.* Ueber sekundäre Infektionen bei chronischen Magen-Darmkatarrhen. S. 13.
34. *Babes.* Ueber einen die Gingivitis und Hämorrhagien verursachenden Bacillus bei Scorbut. S. 14.
35. *Chiari, H.* Ueber Osteomyelitis variolosa. S. 14.
36. *Engelmann, G.* Ueber das Verhalten des Blutgefässendothels bei der Auswanderung der weissen Blutkörper. S. 14.
37. *Prudden, F. M.* Ueber die Ursache der pleuritischen Exsudate. S. 15.
38. *Grawitz, E.* Ueber geformte Bestandtheile in 48 pleuritischen Exsudaten. S. 15.
39. *Rossier, G.* Ueber primären Krebs der Pleura. S. 15.
40. *Meyer, Carl.* Ueber einen Fall von Fremdkörperperitonitis mit Bildung riesenzellenhaltiger Knötchen durch Einkapselung von Cholestearintafeln, mit Bemerkungen über die verschiedenen Riesenzellenarten. S. 16.
41. *Leydhecker, Otto.* Ueber einen Fall von Carcinom des Ductus thoracicus mit chylösem Ascites. S. 16.
42. *Moritz, F.* u. *Hans Hölzl.* Ueber Häufigkeit und Bedeutung des Vorkommens von Megastoma entericum im Darmkanale des Menschen. S. 17.

IV. *Pharmakologie und Toxikologie.*

43. Ueber Formanilid (Zusammenstellung). S. 18.
44. *Overlach, Martin.* Migränin. S. 18.
45. *Pawińsky, Joseph.* Ueber die Anwendung des Coffeins bei Herz- und Nierenkrankheiten. S. 18.
46. *Heinz* u. *Liebrecht.* Coffeinsulfosäure, ein neues Diureticum. S. 19.
47. *Herz, Leopold.* Ueber die Anwendung des Natrium salicylicum bei Rippenfellentzündung. S. 19.
48. *Bourget.* Ueber die Resorption der Salicylsäure durch die Haut und die Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus. S. 19.
49. *du Mesnil, Theodor.* Ueber das Resorptionsvermögen der normalen menschlichen Haut. S. 20.
50. *Baron, P.* Zur Chininbehandlung des Keuchhustens. S. 20.
51. *Oui.* Ueber den Uebergang des Chinins in die Milch. S. 20.
52. *Ostermann, H.* Zur praktischen Bedeutung der Salzwasserinfusion bei akuter Anämie. S. 20.
53. *Gärtner, G.* u. *A. Beck.* Ueber den Einfluss der intravenösen Kochsalzeinspritzung auf die Resorption von Flüssigkeiten. S. 20.
54. *Traversa, G.* Ueber Cestrum Parqui. S. 20.
55. *Gioffredi, Carlo.* Ueber die Erregbarkeit der Nervenenden und Muskeln bei Strychnin-Vergiftung. S. 21.
56. *Vogel, Ludwig.* Drei Fälle von combinirten Vergiftungen. S. 21.
57. *Schmitz.* Ueber die Einwirkung der Kohlenoxyd-Gas-Vergiftung auf das Auge. S. 21.

V. *Neuropathologie und Psychiatrie.*

58. *Mathieu, Albert.* Ueber Polyurie bei Hysterie. S. 21.
59. *Rothmann, Max.* 1) Ueber multiple Hirnnervenlähmung in Folge von Geschwulstbildung an der Schädelbasis, nebst Bemerkungen zur Frage der Polyurie und Polydipsie. — 2) Beitrag zur Pathologie der Enteritis membranacea. S. 21.
60. *Sinkler, Wharton.* Ueber eine Geschwulst des Thal. opticus. S. 22.
61. *Sacaze, J.* Ueber einen Fall von Pseudo-Bulbärparalyse. S. 22.
62. *Lunz, M. A.* Ein Fall von Friedreich'scher Krankheit. S. 23.
63. *Anderson, J. W.* Friedreich's Ataxia. S. 23.

Um Einsendung von Sonder-Abzügen, Dissertationen etc. wird ergebenst gebeten.

Alle Sendungen wolle man an die Expedition, Leipzig, Rossplatz 3, adressiren.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

INTELLIGENZBLATT

zu den

Jahrbüchern der in- und ausländischen gesammten Medicin.

№ 1.] Insertionsgebühren werden mit 30 Pf. für die gespaltene Petitzeile berechnet. Schriften für das medicinische Publikum dürften nur durch unsere Jahrbücher am schnellsten und erfolgreichsten bekannt gemacht werden. [1894.

Moorbäder im Hause und zu jeder Jahreszeit.



Einziger **natürlicher Ersatz** für Mineral-Moorbäder.

Mattoni's Moorsalz
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

Mattoni's Moorlauge
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Heinrich Mattoni, Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Verlag von **Otto Wigand** in **Leipzig.**

Die
Tripperansteckung
beim
weiblichen Geschlechte.
Ein klinischer Vortrag
von
Dr. med. M. Sänger
Prof. der Geburtshülfe u. Gynäkologie an der Universität Leipzig.
Preis 1 Mark.

Vinum sagradae genuinum „Liebe".

Wein-Fluidextract von Cascara sagrada von 1,15 spec. Gewicht mit 42% Extractivstoffen (1 cbc = 1 g frischer Rinde) veranlasst **ohne Beschwerden oder Nachtheile** vermehrte Peristaltik, wobei **normale, breiige,** seltener **flüssige Stühle** eintreten, **regelt** die Verdauung **langdauernd,** ist haltbar und länger, auch für Kinder **verwendbar.**

Liebe's Sagradawein in Fl. à 360,0 210,0 zu 250, 150 Pf., auch in Weinflaschen à 450 Pf. und **ausgewogen,** in den **Apotheken.** Ordinationen mit Epitheton: **„Liebe's"** erbeten, da Nachahmungen, sogar solche des Namens existiren!

14 Medaillen u. Diplome. **J. Paul Liebe, Dresden.**

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien vollständig:

Lehrbuch
der
speciellen Chirurgie
für Aerzte und Studirende
von
Dr. Franz König,
ord. Professor, Geh. Med.-Rath, Director der chirurgischen Klinik in Göttingen.
Sechste Auflage.
Drei Bände. gr. 8. Mit Holzschn. 1893—94. 43 M.

Abonnements bei allen Buchhandlungen und Postanstalten.

Berliner
Klinische Wochenschrift.
Organ für praktische Aerzte.
Mit besonderer Berücksichtigung der Medicinal-Verwaltung und Gesetzgebung nach amtlichen Mittheilungen.
Redaction: Prof. Dr. **C. A. Ewald** und Dr. **C. Posner.**
Wöchentlich 2—3 Bogen. Preis vierteljährlich 6 Mark.

Verlag von Otto Wigand in Leipzig.

San Remo, eine deutsche Winterkolonie. Neu bearb. von Dr. R. Koerner und Dr. C. Rieth. 3. verbesserte Auflage. Mit 4 Karten und 1 Temperatur-Tabelle. 5 Mark.

In diesem Monat erscheint Heft 1 des XVII. Jahrganges von

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Redacteur: Privatdocent Dr. **R. Sommer** in Würzburg.

Monatlich ein Heft von 3½ Bogen. Preis pro Jahr 18 Mark.

Coblenz, im Januar 1894. **W. Groos, Hofbuchhandlung.**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Verlag von **Otto Wigand** in **Leipzig.**

Soeben erschien:

Ueber die Rehabilitation

der

Schamfugentrennung

oder

Symphyseotomie

durch die geburtshülfliche Schule in Neapel.

Von

Dr. med. Franz Ludwig Neugebauer
in Warschau.

I. Theil.

Die Geschichte des Schamfugenschnittes und die bisherige Casuistik von 437 Operationen von 1777 bis Ende Juni 1893.

Nebst Litteraturverzeichniss.

Preis 6 Mark.

Die

Symphyseotomie.

Von

Prof. Dr. P. Zweifel
Director der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig.

Nach einem in der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig gehaltenen Vortrage.

Mit 2 Abbildungen.

Preis 1 Mark 20 Pf.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

SCHMIDT'S JAHRBÜCHER

DER

IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMMTEN MEDICIN.

UNTER MITWIRKUNG VON

PROF. DR. ADOLF WINTER

REDIGIRT

VON

DR. P. J. MÖBIUS UND DR. H. DIPPE

ZU LEIPZIG.

JAHRGANG 1894.

ZWEIHUNDERTUNDEINUNDVIERZIGSTER BAND.

LEIPZIG, 1894.

VERLAG VON OTTO WIGAND.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

THE
JOHN CRERAR
LIBRARY

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CHICAGO

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 241. **1894.** **№ 1.**

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

1. **Ueber die elementare Zusammensetzung des Ochsenfleisches**; von P. Argutinsky. (Arch. f. d. ges. Physiol. LV. 7 u. 8. p. 345. 1893.)

Die wenigen bis jetzt vorhandenen Elementaranalysen des Fleisches stimmen untereinander wenig überein. Es kommt dies daher, dass es nicht leicht ist, die Muskelsubstanz ohne Aenderung ihrer Zusammensetzung zur Elementaranalyse vorzubereiten.

A. erreicht dies auf folgende Weise:

Das von den Sehnen und dem makroskopisch sichtbaren Fett befreite Fleisch wird auf dem Hackbrett zu einem gleichmässigen feinen Brei verarbeitet. Dann wird es sogleich in Drahtnetzgestellen über einer mit Schwefelsäure gefüllten Krystallisirschale und unter einer, auf einer Glasplatte aufgeschliffenen Glocke getrocknet. Die Glocke kann durch eine seitliche Röhre mit der Luftpumpe verbunden werden und wird völlig evacuirt. So kann das Trocknen ohne irgend welche Zersetzung und ziemlich schnell vor sich gehen. Das Fleisch wird dann im *Soxhlet*'schen Apparat etwa eine Woche hindurch entfettet. Dann wird es zur Entfernung des Aethers im Mörser zerrieben, im Exsiccator aufbewahrt und bis zum constanten Gewicht getrocknet.

Für frisches Ochsenfleisch erhielt A. bei seinen Analysen durchschnittlich folgende Zahlen:

C = 49.6%, N = 15.3%, H = 6.9%, Asche = 5.2%, O + S also = 23.0%.

V. Lehmann (Berlin).

2. **Ueber die Wirkung des Kochsalzes auf die Verdaulichkeit und den Umsatz des Eiweisses**; von Dr. S. Gabriel. (Ztschr. f. Biol. XXIX. 4. p. 554. 1893.)

Ueber den Einfluss des Kochsalzes auf die Verdaulichkeit der Nahrung und auf den Stickstoffumsatz herrscht noch keine Uebereinstimmung.

G. hat Versuche an Hammeln hierüber angestellt. Es zeigte sich, dass das Kochsalz die Ausnutzung der Stickstoffsubstanzen meist etwas steigerte, aber auch manchmal unverändert liess. Es scheint, dass bei schlechterer Beschaffenheit des Futters die Ausnutzung durch Kochsalzzusatz eher erhöht wird, als bei besserer Fütterung.

Bezüglich des Eiweisszerfalles haben die Versuche zu ganz verschiedenen Resultaten geführt; überwiegend trat eine Verminderung des Stickstoffumsatzes hervor. V. Lehmann (Berlin).

3. **Ueber den Einfluss der Neutralsalze auf Serum-Alexine, Enzyme, Toxalbumine, Blutkörperchen und Milzbrandsporen**; von Prof. H. Buchner. (Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 7. p. 193. 1893.)

Bei dem Serum von Hunden und Kaninchen hatte sich gezeigt, dass die bakterienfeindliche Eigenschaft grösser ist, wenn es mehr Kochsalz enthält. Das Kochsalz ermöglicht also die Wirkung der sogenannten Alexine. Dieselbe Eigenschaft haben verschiedene andere Chloride und Sulphate. Bekanntlich hat auch der Gesammtorganismus ein dringendes Bedürfniss nach Salzen, die er im Hungerzustand zurückzuhalten sucht. Da in diesem Falle die Salze offenbar für die Thätigkeit der eiweissartigen Bestandtheile nöthig sind, so schliesst B. hieraus auf die Eiweissnatur der Alexine.

Sulphate, Chloride und Nitrate der Alkalien erhöhen ausserdem den Widerstand der Alexine gegen Erhitzung. Gleiches hat sich früher schon für Enzyme erwiesen. Auch auf das Toxalbumin des Tetanus und der Diphtherie üben die Salze diese Wirkung aus. Aehnliches gilt für rothe Blutkörperchen und für Milzbrandsporen.

Wenn man annimmt, dass die Salze ihre conservirende Eigenschaft ihrem Wasseranziehungsvermögen verdanken, so erklärt es sich auch, dass *trockene* Enzyme, Toxalbumine und Alexine gegen Erhitzung grösseren Widerstand zeigen.

222046
1404\3

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Dem Wasser ist danach ein schädigender Einfluss auf „aktive Eiweisskörper“ (Alexine, Enzyme, Toxalbumine) zuzuschreiben.

V. Lehmann (Berlin).

4. **Ueber das Vorkommen von Cellulose in Bacillen, Schimmelpilzen und anderen Pilzen**; von Isidor Dreyfuss. (Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 3 u. 4. p. 358. 1893.)

D. hat echte Cellulose, welche bei der Hydrolyse Dextrose lieferte, zweifellos nachweisen können in einer Polysporus-Art, im Champignon, im Bacillus subtilis, in Eiterbacillen, im Aspergillus glaucus. Auch in verkästen Lymphdrüsen war sie vorhanden, was mit den Angaben von E. Freund übereinstimmt. Bei einigen der höheren Pilze entstand bei der Hydrolyse der erhaltenen Cellulose auch Pentaglykose. V. Lehmann (Berlin).

5. **Ueber das Verhalten einiger Zuckerarten im thierischen Organismus**; von Max Cremer. (Ztschr. f. Biol. XXIX. 4. p. 484. 1893.)

Die umfangreiche Abhandlung, auf deren viele Einzelheiten nicht eingegangen werden kann, weist nach, dass von den Zuckerarten unzweifelhaft Dextrose und Lävulose im Organismus Glykogen bilden; zweifelhaft ist diese Fähigkeit bei der Mannose und Galaktose. Für die untersuchten Pentosen (Xylose, Arabinose, Rhamnose) war Glykogenbildung nicht nachzuweisen.

V. Lehmann (Berlin).

6. **Analyse zweier seltener Harnsteine**; von J. Horbaczewski. (Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 3 u. 4. p. 335. 1893.)

In dem einen Falle handelte es sich um graubraune, bröckelige, leicht zerdrückbare, jedoch knetbare Steine, die sich bei der Extraktion mit Aether zum grössten Theile auflösten. Das Aetherextrakt betrug 85% des Gewichtes und bestand aus Fetten, freien Fettsäuren (Palmitin-, Stearin-, wahrscheinlich auch Myristinsäure) und Cholestearin.

Der andere Fall betraf ein fälschlich als Cystinstein angesehenes Conkrement, welches ziemlich gross, krystallinisch, wenig gefärbt war und sich fettig anfühlte. Es enthielt über 95% Cholestearin. V. Lehmann (Berlin).

II. Anatomie und Physiologie.

7. **Ueber normale und pathologische Pigmentirung der Oberhautgebilde**; von H. Post. (Anatom. Anzeiger VIII. 17. p. 579. 1893.)

Die Resultate P.'s sind kurz folgende: 1) Pigment bildet sich in den Oberhautzellen unabhängig von einer Pigmentirung der mesodermalen Theile. 2) Das Pigment entsteht in den epidermoidalen Gebilden theils in verzweigten Zellen, die sich aus Oberhautzellen entwickeln, theils in den basalen Retezellen. Aus ersteren wird Pigment in die verhornenden Zellen der Oberhautgebilde übertragen. 3) Das Pigment des Bindegewebes ist theilweise aus dem in den Oberhautzellen gebildeten abzuleiten. Teichmann (Berlin).

8. **Oberhautpigment der Säugethiere**; von Dr. Kromayer. (Arch. f. mikroskop. Anat. XLII. 1. p. 1. 1893.)

Nach Kr.'s Untersuchungen entsteht das Oberhautpigment aus den Protoplasmafasern der Epithelien. Die Chromatophoren sind epitheliale, dem Faserverlauf der Epithelien entsprechende Figuren. Sie sind der Ausdruck der beginnenden Pigmentation. Der Pigmenteinschleppungstheorie gesteht Kr. keine anatomischen Grundlagen zu.

Teichmann (Berlin).

9. **Grössen- und Formveränderungen einiger Endothelien durch Dehnung**; von W. Schwartz. (Anatom. Anzeiger VIII. 2 u. 3. p. 71. 1893.)

Schw. untersuchte die Serosazellen der Harnblase und des Darmes, sowie die Endothelzellen der Venen im leeren und im gefüllten Zustande der betreffenden Organe und fand eine Dehnung der Endothelien durch die Füllung bis auf das Dreifache des ursprünglichen Durchmessers.

Teichmann (Berlin).

10. **Ueber die Struktur des Pleuroperitonäal- und Gefässepithels (Endothels)**; von Dr. A. Kolossow. (Arch. f. mikroskop. Anat. XLII. 2. p. 318. 1893.)

K. hat unter Anwendung besonderer Methoden Resultate erzielt, welche, wenn sie von anderer Seite Bestätigung finden sollten, auf unsere morphologischen und physiologischen Anschauungen von dem Endothel der Gefässe und serösen Hohlräume wesentlich umgestaltend einwirken müssten. Er fand, dass beim Menschen und bei den Säugethieren die Zellen des Pleuroperitonäalepithels kurze, nicht flimmernde Härchen tragen, und dass sie aus zwei Schichten bestehen, einer oberflächlichen, mehr homogenen „Deckplatte“ und einer tieferen, mehr granulirten Protoplasmaschicht, welche excentrisch den Kern enthält. Die tieferen Schichten benachbarter Zellen stehen mit einander in protoplasmatischer Verbindung, während die Ränder benachbarter Deckplatten scharf getrennt verlaufen. Eine Kittsubstanz leugnet K. und erklärt die Stigmata und Stomata der Autoren für das Resultat einer übermässigen Dehnung der Grundmembran, wie sie künstlich oder pathologisch (bei der Entzündung) zu Stande kommt. Ebenso leugnet er jede offene Verbindung der serösen Höhlen mit dem Lymphgefässsystem. Die Gefässendothelien haben eine gleiche Struktur, nur tragen sie keine Härchen. Bezüglich weiterer Einzelheiten, sowie der angewandten Technik muss auf das recht ausführliche Original verwiesen werden.

Teichmann (Berlin).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

11. **Ueber die Riesenzellen des Knochenmarkes und ihre Centralkörper**; von Mart. Haidenhain. (Sitz.-Ber. d. Würzb. physikal.-med. Gesellsch. Nr. 9. 1892.)

In einer vorläufigen Mittheilung bespricht H. zunächst nur eine Form von Riesenzellen aus dem Knochenmarke des Kaninchens, bei welcher der Kern sich unter dem Bilde vielfach gelappter und tief eingebuchteter, unter sich communicirender Massen darstellt, welche in Form einer Hohlkugel räumlich zusammengeschlossen sind (Korbform der Autoren). Durch diese Anordnung der Kernmasse wird der Zellleib in ein „Endoplasma" und ein „Exoplasma" getheilt, die durch die Lücken des Kernkorbes mit einander zusammenhängen. Im Exoplasma gelang es H., häufig drei zur Kernoberfläche concentrische Schichten zu differenziren, auch das Endoplasma bietet Differenzirungen, aber sehr verwickelter Natur. Diese Riesenzellen enthalten immer eine Mehrzahl von Centralkörpern, die kleinen, in Entwickelung begriffenen Zellen relativ wenige, die grossen, ausgebildeten sehr viele. Es muss also im Laufe der Entwickelung eine Theilung der Centrosomen stattfinden, vielleicht gelegentlich der intercurrenten pluripolaren Mitosen in den Riesenzellen, wobei die Centralkörper an die Spindelspitzen rücken, während sie im Ruhezustande gruppenweise dicht bei einander liegen. Eine Hauptgruppe liegt meist im Endoplasma, eine oder mehrere Nebengruppen in der innersten Zone des Exoplasma. Letztere sind häufig von einer intensiv färbbaren Protoplasmamasse umgeben, welche H. als Attraktionsphäre betrachtet.

Teichmann (Berlin).

12. **Essai sur la texture du muscle vésical**; par A. H. Pilliet. (Journ. de l'Anat. et de la Phys. XXIX. 3. p. 341. 1893.)

Zu den beiden normalen Muskelhäuten der Blase, der äusseren longitudinalen und der inneren cirkulären, können noch zwei andere hinzukommen: 1) ein Planum musculare internum mit longitudinalem oder plexiformem Verlauf, ein Abkömmling der inneren Ringmuskelschicht, aber stets viel dünner, als diese; 2) eine Muscularis mucosae, weniger constant und oft unvollständig ausgebildet, von den übrigen Muskelschichten getrennt durch die „Gleitschicht" der Blasenschleimhaut und den Papillen dieser Schleimhaut folgend. Der Sphincter internus vesicae existirt weder beim männlichen Kinde, noch beim Weibe; er ist beim Manne auch kein präformirter Schliessmuskel, sondern eine Anhäufung von Ringmuskelfasern oberhalb der Prostata, welche bei der Entwickelung dieses Organes zusammengedrängt werden.

Teichmann (Berlin).

13. **Stroboskopische Untersuchungen an den quergestreiften Muskelfasern**; von Dr. Alexander Korányi u. Dr. Friedrich Vas. (Ungar. Arch. f. Med. I. 2. p. 193. 1892.)

K. und V. haben die stroboskopische Scheibe zur Untersuchung der Contraktionen an quergestreiften Muskelfasern in Anwendung gezogen. In einer vorläufigen Mittheilung geben sie einige der bisher am tetanisirten Muskel gewonnenen Resultate, wie folgt: Nach jedem einzelnen tetanisirenden Reize verändern die Gewebeelemente des Muskels ihre Form, die isotrope und die anisotrope Substanz erleiden Veränderungen ihrer Breite in entgegengesetztem Sinne, d. h. während die isotrope Substanz sich verbreitert, verschmälert sich der anisotrope Streifen und umgekehrt. (Bestätigung der Engelmann'schen Beobachtung.) Diese Formveränderung besteht auch nach der Erschöpfung des tetanisirten Muskels, wenn der Tetanus mittels des Myographs bereits nicht mehr nachweisbar ist, die Schwankungen des Aktionstromes aber mittels des *Bernstein*'schen Rheotomes noch nachgewiesen werden können. Jede Veränderung der Intensität des Aktionstromes zieht auch eine entsprechende Veränderung der Querstreifen des Muskels nach sich.

Ferner konnten K. und V. feststellen, dass das Latenzstadium der Muskelzuckung auf Grund des bisherigen Untersuchungsverfahrens meist stark überschätzt wurde. Bezüglich der höchst sinnreichen und interessanten Versuchsanordnung muss auf das Original verwiesen werden.

Teichmann (Berlin).

14. **Ueber die Nervenendigungen in der Leber**; von P. Korolkow. (Anatom. Anzeiger VIII. 21 u. 22. 1893.)

K. hat nach der Dogiel'schen Abänderung der Methylenblaufärbung gearbeitet. Von den in die Leber eintretenden Nervenfasern ist der eine Theil, die marklosen, nur für die Gefässe bestimmt. Die markhaltigen verzweigen sich zwischen den Leberläppchen und senden abgesonderte Bündel in dieselben hinein. Meist zerfallen die Bündel schon an der Peripherie der Leberläppchen in einzelne, ihr Mark bald verlierende Nervenfasern, welche zwischen den Leberzellenbalken ein Geflecht bilden („Zwischenleberzellenbalken-Geflecht"). Von diesem Geflecht gehen feine Aestchen in der Richtung der Zellenbalken ab und bilden, sich verzweigend, auf der Oberfläche derselben ein Netzwerk („Ueberzellennetz"). Intercellularendigungen hat K. nicht gefunden und eben so wenig scheinen die Nerven zu den Gallencapillaren in Beziehung zu treten.

Teichmann (Berlin).

15. **Studies in the histology of the liver**; by Henry J. Berkley. (Anatom. Anzeiger VIII. 23 u. 24. 1893.)

B. wandte die Golgi'sche Schnellmethode an, mit der Abänderung, dass er das frische Gewebe auf 15—30 Min. in eine 50proc. Pikrinsäurelösung brachte. Von seinen Ergebnissen sind folgende bemerkenswerth: Die Gefässe des Pfortadersystems haben eine reiche Nervenversorgung. Auch die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Gallengänge stehen unter Nerveneinfluss, die Nerven treten an die glatten Muskelfasern in der Gallengangswandung heran und dringen wahrscheinlich auch in die Zwischensubstanz des Epithels ein. Die von den Gefässwänden ausgehenden und zwischen den Leberzellen verlaufenden Fasern sind keine Nervenfasern, sondern gehören einem System retikulären Gewebes an. Das Vorkommen markhaltiger Fasern innerhalb der Grenzen des eigentlichen Lebergewebes ist zweifelhaft.

Teichmann (Berlin).

16. **Die trophischen Eigenschaften der Nerven**; von Justus Gaule. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 44. 45. 1893.)

In einem Vortrage vor der 63. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte berichtete G. über seine in den letzten Jahren angestellten Untersuchungen an den Spinalganglien. Als Einleitung schickt er einige allgemeine Bemerkungen über trophische Nerven voraus.

Die Pathologen erklären mancherlei Störungen für trophische Störungen. Die Physiologen konnten aber diese Erscheinungen durch Zerschneiden oder Reizen der bekannten Nervenfasern nicht hervorrufen. Man nahm also unbekannte trophische Nerven an. Allein es giebt keine trophischen Nerven. Trophische Wirkung fand G. an sensiblen und sympathischen und motorischen Nerven. Die trophische Eigenschaft ruht im ganzen Nervensystem; die einzelne Wirkung, die Wirkung der Nerven in ihrer Verbindung unter einander nur ist uns unbekannt. Die trophische Wirkung wurde auch als rein aktive aufgefasst, die für sich allein ohne Zuthun anderer, z. B. äusserer Kräfte die pathologischen Veränderungen bewirken könne. Dem ist nicht so. Die äusseren Kräfte spielen dabei eine grosse Rolle. Es sind das entweder rasch schwankende Kräfte, denen wir gewöhnlich mit Bewegung unter Controle unserer Sinnesorgane, durch die Thätigkeit der sensiblen und motorischen Nerven begegnen; oder mehr stetig, gleichmässig wirkende Kräfte, wie Schwerkraft, Luftdruck, Temperatur, Oberflächenspannung, eine gewisse elektrische Spannung der Atmosphäre. Im Kampfe mit diesen stetig wirkenden Kräften der Umgebung den Organismus unversehrt zu erhalten, in der Art, dass die Zersetzung der vorhandenen Substanz und die Neubildung für diese Zersetzung unter einer Kraftentwickelung verläuft, die den äusseren Kräften genau das Gleichgewicht hält, darin besteht nach G. die trophische Funktion des Nervensystems.

Dazu kommt noch die dauernde Einwirkung des Nervensystems auf die Muskulatur, die Blutgefässe, Eingeweide, Drüsen. Ferner gehört hierher die Regulirung der Kraftentwickelung im Organismus, der sich ja auf Grund der in den organischen Zellen ruhenden Kräfte in seinen verschiedenen Theilen nicht gleichmässig umbildet (Periode des Wachsthums, der Mannbarkeit, des Alters).

Nach dieser Einleitung geht G. zu den von uns bereits wiederholt besprochenen Untersuchungen an den Spinalganglien über. Die ersten Versuche wurden am Trigeminus und Ganglion Gasseri gemacht. Hier fand er, 1) dass nicht die Durchschneidung des Nerven, sondern die des Ganglion allein die trophischen Störungen hervorruft; 2) zeigte es sich, dass die in der Einleitung gegebene Auseinandersetzung sich an der Hornhaut erklären liess. Durchschneidung des Nerven machte die Hornhaut unempfindlich und die äusseren Kräfte, sowohl die plötzlichen, wie Stoss, als die dauernden, wie Verdunstung, machten nun ihre Wirkung geltend. Wurden die Lider vernäht, so konnte die Hornhaut geschützt werden. Wenn aber auf einer Seite der Nerv durchschnitten wurde, auf dem anderen das Ganglion Gasseri, beide Augen demnach unempfindlich gemacht waren, so stellten sich an dem Auge, wo das Ganglion durchschnitten war, trotz des Schutzes der Hornhaut die beschriebenen Veränderungen in ihr ein.

Von den Versuchen am Ganglion Gasseri ging G. zu denen an den Spinalganglien des Frosches über. Hier fand er zunächst, dass zum Gelingen des Versuches es nöthig war, dass das Ganglion gewissermaassen unversehens während seiner vollen Lebensthätigkeit getroffen werden musste. Später entdeckte er, dass ein bestimmter Nervenast am Ganglion durch Reizung einen hemmenden Einfluss auf die Thätigkeit des Ganglion habe. Die trophischen Veränderungen beim Frosche betrafen die Haut, besonders an Stellen, wo Muskeln sich an sie ansetzen. Bald zeigte sich nur einfache Verfärbung, bald Schrumpfung, Vertrocknung des Epithels, bald vollständiger Zerfall der Epidermis und Cutis. Die Veränderungen traten nicht nur im Gebiete des Nerven auf, dessen Ganglion verletzt wurde, sondern am ganzen Körper, auch an der gegenüberliegenden Seite. Eine scharfe Abgrenzung der Veränderungen war bei den Fröschen nicht zu erzielen.

Wegen der verschiedenen Beschaffenheit der Frösche nach Alter, Jahreszeit u. dgl. ging G. zu Versuchen an Kaninchen über. Verletzungen und Reizungen des 3., 4., 5., 6. Spinalganglion ergaben bestimmte trophische Störungen der Haut, Drüsen, Muskeln u. s. w. Nur durfte auch hier der Sack des Ganglion nicht vor der Reizung der Ganglienzellen eröffnet und die hintere zum Rückenmark führende Wurzel nicht durchschnitten werden. Wie aber die Ausbreitung im Rückenmark und von da im übrigen Nervengebiete stattfand, blieb auch bei diesen Versuchen anfangs noch ganz dunkel, da die verschiedenartigen Muskeln am ganzen Körper, genau wie beim Frosche, bei der Sektion verändert gefunden wurden. Erst mit den Versuchen am Ganglion cervicale inferius war wenigstens ein sicherer Befund verknüpft. Verletzung oder Reizung dieses Sympathicusganglion bewirkte stets Veränderung in ganz bestimmten Muskeln, und zwar

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

im Biceps brachii und im Psoas; Verletzung oder Reizung des Ganglion thoracicum primum im Triceps brachii und Semimembranos. femoris. Hat dieser Zusammenhang vielleicht in embryonalen Bildungsgesetzen seinen Grund? Auch an diesen Muskeln waren die Veränderungen nicht an eine bestimmte Seite gebunden. Es fanden sich die gleichen Muskeln beider Seiten, oder selbst manchmal auch nur die der gegenüberliegenden Seite verändert. Die sympathischen Bahnen können also nicht direkt zum Muskel verlaufen; die Uebertragung muss durch's Rückenmark gehen. Die Rami communicantes des Sympathicus leiten die Wirkung in centripetaler Richtung zunächst zum Ganglion und von da zum Rückenmarke weiter.

Anfangs konnte G. sich nur bei der Sektion von den Muskelveränderungen überzeugen. Später legte er die erwähnten Muskeln vor dem Versuche am Ganglion bloss, und konnte so am lebenden Muskel genau die am todten Muskel beschriebenen Veränderungen eintreten sehen. Unmittelbar nach der Reizung des Ganglion verlor die Oberfläche des Muskels ihren Glanz, an einer ganz bestimmten Stelle des Muskels trat ein schneller Zerfall der Muskelsubstanz, eine Verflüssigung des Gewebes in immer gleicher hufeisenförmiger Form auf mit nachfolgenden grösseren oder kleineren Blutungen, die früher bei der Untersuchung des todten Muskels als die ursprüngliche Veränderung von G. gedeutet worden waren. Der Muskel zerreisst nun bei diesem Zersetzungsprocess durch örtliche Veränderung seines Elasticitätzustandes, die freigewordenen Enden ziehen sich zurück und so entstehen die Knoten, die umwallten Ränder neben dem Geschwüre.

Mikroskopisch stellten sich die Muskelveränderungen als Höhlenbildung dar; die Höhlen werden mit einer Flüssigkeit ausgefüllt, während die übrige Substanz in glänzenden, vielfach gewundenen Bändern im Innern des Sarkolemmschlauches liegt. Später treten eigenthümliche Zellenumbildungen auf.

Auf Grund dieser Versuche glaubt G., dass bestimmte Ganglienzellen einen Antheil an der Ernährung, dem Chemismus bestimmter, ihnen zugeordneter Muskelfasern haben, dass sie gewissermaassen ein Centralorgan für sie sind; wie aber dieses Eingreifen zu denken, auf welchen Wegen dieser Einfluss von den Ganglien zum Muskel geleitet werde: diese und andere damit zusammenhängende Fragen können erst durch weitere Untersuchungen beantwortet werden.

Lamhofer (Leipzig).

17. **Sur les altérations trophiques de l'oeil consécutives à l'extirpation du ganglion cervical supérieur du sympathique chez les mammifères**; par le Prof. Arnaldo Angelucci, Palermo. (Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 67. 1893.)

A. exstirpirte das Ganglion cervicale sup. bei Hunden, Katzen, Kaninchen und Affen, tödtete dann die Thiere nach einiger Zeit und untersuchte mikroskopisch die entstandenen Veränderungen.

Unmittelbar nach der Operation trat auf der entsprechenden Seite Myosis auf, die bei den verschiedenen Thieren verschieden lang andauerte. Bei neugeborenen Hunden, bei denen sie dauernd bleiben konnte, verkleinerte sich auch sehr oft die Lidspalte und der Augapfel sank zurück.

Bei neugeborenen Hunden und bei erwachsenen Katzen traten noch andere Erscheinungen zu Tage: Alopecie des Gesichts, Ernährungstörungen am Schädelknochen, Ausfall der Zähne. Ausserdem zeigten sich an Hornhaut, Sklera, Iris und Chorioidea theils sklerotische, theils rein atrophische Veränderungen. Alle Gefässe aber, Arterien, wie Venen, waren anfangs erweitert, ihre Umgebung ödematös; später aber waren die Gefässe in ihrem Lumen verkleinert, in ihren Wänden verdickt. Die Veränderungen in der Retina sind geringfügigerer Natur. Auch das Sehvermögen scheint auf beiden Augen gleich gut zu bleiben. Ebenso war die Spannung des Augapfels kaum vermindert. A. glaubt, dass der Sympathicus nicht einen direkten trophischen Einfluss auf die Gewebe selbst habe, sondern nur einen mehr indirekten durch Veränderungen der Blutgefässe nnd die dadurch bedingten Ernährungstörungen. Lamhofer (Leipzig).

18. **Recherches sur les nerfs constricteurs de la pupille**; par les Drs. Spallitta et Consiglio. (Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 20. 1893.)

Reizung des Oculomotorius bewirkt nach einigen Autoren deutliche Verengung der Pupillen; Cl. Bernard und Longet sahen keine Verengerung. Diesen Zwiespalt zu lösen, nahmen S. u. C. im physiologischen Laboratorium zu Palermo die Untersuchungen an Hunden und Kaninchen von Neuem auf und fanden Folgendes. Reizung des Oculomotorius an seinem Ursprunge brachte nur ganz ausnahmeweise eine geringe Verengerung der Pupille hervor, dagegen nahe bei seinem Eintritt in das Foramen sphenoidale regelmässig eine starke Verengerung. An dieser Stelle aber ist der Oculomotorius anatomisch verbunden mit dem Ramus ophthalm. n. trigem. und mit Nervenfasern des Sympathicus. Wurde die Elektrode an den Ramus ophthalm. angesetzt, so erfolgte rasch starke Verengerung der Pupille. Reizung des N. oculom. im Sinus cavernos. bewirkte die gleiche Verengerung, ob vorher durch Exstirpation des Ganglion cervicale sup. der Einfluss des Sympathicus ausgeschaltet worden war, oder nicht. Die verschiedenen Erfolge scheinen demnach nur darin begründet zu sein, dass die Einen den Oculomotorius mehr central für sich allein, die Anderen mehr an einer peripherischen Stelle gereizt haben.

Lamhofer (Leipzig).

19. **Zur Lehre über die Innervation der Pupille**; von E. Braunstein. (Dissert. Charkow 1893.) Russisch.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Die meisten Experimente sind von B. an Katzen, ein geringerer Theil an Kaninchen, Hunden und Fröschen angestellt worden. Die Thiere wurden curarisirt. Zur präcisen Messung der Exkursion der Pupillenbewegungen bediente sich B. der graphischen Methode *(Photochoreograph Beliarminow's)*. B. kam zu folgenden Schlüssen: 1) Bei den Säugethieren verlassen die die Pupillen erweiternden Nervenfasern das Rückenmark mit den vorderen Wurzeln des 7. und 8. Hals- und 1. und 2. Brustnerven, um durch die Rami communicantes zum Ganglion thoracicum I zu laufen. Von letzterem gehen sie durch den vorderen Zweig der *Ansa Vieussenii* nach oben hin zum Ganglion cervic. inf., dann durch den Halssympathicus zum Ganglion supremum. Nachdem sie sich oberhalb des Ganglion von den Rami carotidei getrennt haben, laufen sie zum Schädel hin in das Ganglion *Gasseri,* um mit dem 1. Aste des Trigeminus in Verbindung zu treten. An dieser Stelle laufen sie mit den langen Ciliarnerven zum Bulbus hin, *ohne mit dem Ganglion ciliare zu communiciren.* 2) Der Stamm des Trigeminus enthält hinter dem Ganglion Gasseri weder bei Säugethieren, noch bei Fröschen pupillenerweiternde Fasern. 3) Die reflektorische Dilatation der Pupille bei Schmerz kommt nicht auf der sympathischen Bahn zu Stande, sondern ist als Depressionserscheinung aufzufassen, als Folge des herabgesetzten Tonus des Oculomotorius. 4) Die asphyktische Pupillenerweiterung ist eine ziemlich complicirte Erscheinung: sie ist einerseits von der tonusherabsetzenden Wirkung des dyspnoischen Blutes auf das pupillenverengende Centrum abhängig, andererseits auf die aktive Reizung des pupillenerweiternden Centrum zurückzuführen, wobei die aktiven Impulse auf den spinalen Bahnen mittels des Sympathicus zum Auge hingeleitet werden. 5) In der Gegend des Gyrus centr. ant. und post. und des Gyrus suprasylvius ant. ruft eine elektrische Reizung der Rinde Dilatation der Pupille hervor. 6) Diese Dilatation hält an auch bei Durchschneidung aller spinalen Pupillodilatatoren und des Trigeminus hinter dem Ganglion *Gasseri.* 7) Die elektrische Reizung des Streifenhügels, der inneren Fläche des Sehhügels und der Corpora quadrigemina verursacht ebenfalls eine Dilatation, die weder bei Durchschneidung des Sympathicus und des Rückenmarks, noch bei vorausgehender Exstirpation des oberen Cervikalganglions schwindet. 8) Die Dilatation bei Gemüthsbewegungen verhält sich ähnlich. 9) Die Hirnrinde beider Hemisphären übt einen hemmenden Einfluss aus sowohl auf das Centrum des Oculomotorius unmittelbar [?], wie auf die Bahnen, die den Reflex von den sensiblen Nerven zur Pupille leiten.

H. Higier (Warschau).

20. **Neuroglia der Retina des Menschen**; von Prof. Dogiel in Tomsk (Sibirien). (Arch. f. mikroskop. Anat. XLI. 4. p. 612. 1893.)

Diese Arbeit ist eine Fortsetzung früherer, die im gleichen Archiv (XXXVIII und XL) veröffentlicht wurden. Zur Untersuchung der Neuroglia benutzte D. die Wolter'sche Hämatoxylin-Methode, sowie die von Golgi mit Osmium-Bichromat- und Silbernitrat-Lösung. Die Müller'schen Stützfasern, deren Kerne in der äusseren Faserschicht, treten dabei in ihrem ganzen Verlaufe bis zu den Stäbchen und Zapfen ungemein deutlich hervor. Besonders genau ist ihr Verhalten in der Maculagegend zu verfolgen. D. stellte mit dieser Methode auch noch eigenartige Neurogliazellen mit feinsten sternförmigen Verzweigungen dar, die sich hauptsächlich in der Gegend der Papille finden. Eine Tafel erläutert den Text. Lamhofer (Leipzig).

21. **Untersuchungen über die Abnahme der Sehschärfe im Alter**; von Dr. Börma und Dr. Walther. Aus der Univ.-Augenklinik in Leipzig. (Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 2. p. 71. 1893.)

Nach Donders' und de Haan's Untersuchungen nimmt die Sehschärfe vom 30. Lebensjahre jedes Decennium um ca. $^1/_{10}$ ab und sinkt im 80. Lebensjahre auf die Hälfte. Dabei ist auffallend, dass die Sehschärfe bei sonst gleichmässigem Abfall nach diesen beiden Autoren zwischen dem 50. und 60. Lebensjahre um das Doppelte sinkt. Auf Veranlassung Sattler's prüften B. und W. das Sehvermögen von einer grossen Anzahl von Leuten im Alter von 40—80 Jahren. Sie konnten jene sprungweise Abnahme nicht bestätigen, sondern fanden eine ganz gleichmässige Abnahme der Sehschärfe nach dem Lebensalter. Die Sehschärfe betrug auch noch im 80. Lebensjahre bei Personen mit gesunden Augen etwas mehr als $^6/_9$. Lamhofer (Leipzig).

22. **Ein Beitrag zur Kenntniss des Hungergefühls**; von Dr. H. Schlesinger. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 31. 1893.)

Schl. behandelte einen an Magenerweiterung leidenden Kranken ausschliesslich mit Nährklystiren. Der Kranke klagte dabei (trotz Zunahme des Körpergewichts) über sehr lebhaftes Hungergefühl. Gleiche Versuche an anderen Personen ergaben, dass die vollständige Stillung des Hungergefühls bei einer nicht vom Magen aus erfolgenden Nahrungzufuhr in der Mehrzahl der Fälle ausblieb, während aus Versuchen mit Cocain hervorging, „dass das Hungergefühl durch Anästhesirung auch nur eines Theiles der Magenschleimhaut allerdings für die Dauer der örtlichen Einwirkung des Mittels wesentlich herabgesetzt werden kann, dass aber eine völlige Befriedigung des Gefühls auf diesem Wege zumeist nicht zu erreichen ist". Bei einer Vereinigung beider Verfahren liess sich das Hungergefühl vollkommen beseitigen. Schl. schliesst daraus, „dass das Hungergefühl sich aus wenigstens zwei Componenten zusammensetzt, einer centralen und einer peripherischen". Die centrale Empfindung ist die stärkere. Brückner (Dresden).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

23. **Ueber Bakteriengifte und Gegengifte;** von Prof. H. Buchner. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 24. 1893.)

Seit Brieger 1889 hatte man die Toxine als die Ursachen der Krankheitserscheinungen angesehen, seit Roux's und Yersin's, sowie Brieger's und Fränkel's Versuchen über die Diphtherie- und Tetanus-Vergiftungen ist diese Rolle den Toxalbuminen zugefallen. Brieger und Fränkel dachten sich diese enzymähnlichen gelösten Stoffe durch eine Art von Gährwirkung aus den Eiweisskörpern des Nährmaterials hervorgegangen, wahrscheinlich aber sind sie ein direktes Produkt der Bakterienzelle, denn es gelingt, sehr virulente Diphtheriebacillen auch in eiweiss*freiem* Harn weiter zu züchten (Guinochet), und das Filtrat einer Tetanuscultur, die in einer blossen Asparaginlösung mit Mineralsäuren gezüchtet wurde, besass ebenfalls tetanische Kraft (Buchner).

Ein eingehenderes Studium der Toxalbumine selbst, sowie der im normalen Blutserum vorkommenden bakterienfeindlichen Schutzstoffe (Alexine) scheitert vorläufig daran, dass wir weder die Toxalbumine, noch die Alexine genau zu isoliren vermögen, weil alle Fällungsmittel gleichzeitig auch andere Eiweisskörper aus den vorhandenen Flüssigkeiten niederreissen. Man ist also darauf beschränkt, an den gelösten Stoffen selbst bestimmte Reaktionen anzustellen. Diese ergaben B., dass die Aktivität der Enzyme, Toxalbumine und Alexine verloren geht durch Temperaturen von 55—65°, höchstens 70°, doch nicht etwa in Folge der Wärme an sich; vielmehr ist es die durch die Wärme gesteigerte Aktion der Wassermoleküle, die diese Veränderung bewirkt. Denn einmal ertragen die Substanzen in getrocknetem, absolut wasserfreiem Zustande schadlos weit höhere Hitzegrade, andererseits gelingt es, durch gewisse Stoffe (vor Allem die Sulfate der Alkalien) die Aktion des Wassers herabzusetzen. So steigert z. B. Natriumsulfat die Widerstandsfähigkeit der aktiven Substanzen gegen Hitze um mindestens 10°, während Natriumnitrat keinerlei conservirenden Einfluss zu üben vermag. Es beruht dies auf der grossen Verwandtschaft des schwefelsauren Natrium zum Wasser, im Gegensatz zu der des salpetersauren Natrium. Nicht also der Zusatz von Salzen an und für sich bewirkt die erhöhte Widerstandsfähigkeit gegen Hitze, sondern die Salze thun dies nur nach Maassgabe ihrer Wasseranziehung. Dasselbe gilt für die rothen Blutkörperchen (vgl. die sogen. isotonischen Coefficienten von de Vries).

Bei der Art der Wirkung der Toxalbumine und ihrer Gegengifte (der Antitoxine) sind vor Allem quantitative Verhältnisse maassgebend. Genau der Menge der eingeführten giftigen und entgiftenden Substanzen entspricht das auftretende Krankheitsbild bei derselben Thierspecies. Verschiedene Thierspecies von verschiedener relativer Empfänglichkeit konnten erst dann in den Kreis der Versuche gezogen werden, als es Rapp in Buchner's Laboratorium geglückt war, das Tetanustoxin und Antitoxin als zwei äusserst wirksame und haltbare Pulver darzustellen von experimentell genau erprobter Kraft und Gegenkraft. Mit diesen beiden Körpern suchte B. nun zu ergründen, wie die zweifellose Gegenwirkung des Antitoxins auf das Toxin des Tetanus zu Stande kommt.

Behring hatte an eine direkte Giftzerstörung durch Contaktwirkung gedacht, sei es, dass eine gegenseitige gleichzeitige Zerstörung erfolgt, oder dass nur das *Gift* bei dem Contakt vernichtet wird, das Antitoxin aber unverändert bleibt. Das Experiment widersprach aber sowohl der einen, wie der anderen Deutung. Das Antitoxin leistete z. B. im Organismus des Meerschweinchens eine wesentlich geringere Gegenwirkung gegen das Tetanusgift als im Körper der Maus. Die specifische Organisation des Thierkörpers, bei welchem das Gemisch von Toxin und Antitoxin zur Anwendung kommt, stellt also eine wesentliche Bedingung dar für den Ausfall des Resultates, oder mit anderen Worten: die beiden Stoffe wirken nicht direkt auf einander, es findet keine zerstörende Einwirkung des Antitoxins auf das Tetanusgift statt, weder in vitro, noch innerhalb des Körpers, sondern die beiden Stoffe wirken nur durch Vermittelung des Thierkörpers, in dem beide den Organismus, die Gewebe, die Zellen in entgegengesetztem Sinne beeinflussen. Dieser Einfluss kann beim Antitoxin aber nur als ein immunisirender aufgefasst werden.

Unsere Anschauungen über die „Blutserumtherapie" sind also wesentlich zu ändern. Wir besitzen keine Antitoxine im strengen Sinne des Wortes, es giebt deshalb auch kein „Heilserum" und keine künstliche „Heilung". Statt dessen haben wir nur „immunisirende" Stoffe und „immunisirende" Wirkungen. Wir können nur darauf ausgehen, durch Einführen der immunisirenden Stoffe so rasch als möglich die noch gesunden Zellen des Körpers in jener eigenthümlichen Weise zu verändern, welche sie für das specifische Bakteriengift unempfänglich macht, wir können im besten Falle nur das Weitergreifen der Störungen verhüten.

Wie das Toxalbumin, so stellt sich nun auch das Antitoxin als ein Bestandtheil des specifischen Bakterienplasma dar. Für die Bakteriotherapie wird Alles darauf ankommen, diese Substanzen in geeigneter Weise auszuziehen und darzustellen. Sie erst in einem zu immunisirenden Thierkörper

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

anzusammeln und dann zu übertragen (in Blutserum, Milch u. s. w.), muss als überflüssig bezeichnet werden, wenn auch die völlige Entgiftung auf diese Weise verbürgt wird.

Nowack (Dresden).

24. **Untersuchungen über das Wesen der Cholera-Immunität**; von R. Pfeiffer und A. Wassermann. Aus d. Inst. f. Infektionskrankh. in Berlin. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XIV. 1. p. 46. 1893.)

Gruber und Wiener hatten daran gezweifelt, dass bei intraperitonäaler Injektion ganz virulenter Choleraculturen die Meerschweinchen unter typischen Vergiftungserscheinungen sterben können, ohne dass lebende Cholerabakterien im Thierkörper gefunden werden. Pf. führt nun den Nachweis, dass trotzdem diese seine Angaben durchaus zu Recht bestehen, besonders dann, wenn man die Menge vorsichtig bis zur Dosis lethalis minima steigert.

Unwesentlich ist dabei die Frage, ob das Toxin erst nach dem Absterben der giftigen Bakterienzelle frei wird, oder ob die Bakterien bereits intra vitam jenes Gift bilden. Pf. denkt bei Cholerabakterie und Choleragift an eine ähnliche Beziehung wie zwischen Labzelle und Pepsin. Seltsam ist nur, dass das keimfreie Filtrat von Cholerabouillon-Culturen fast ungiftig ist. Vielleicht ist dies auf schwere Löslichkeit oder schnelle Zersetzung zurückzuführen.

Pf. und W. suchten nun zu entscheiden, ob die nach Injektion lebender Choleravibrionen in's Peritonaeum auftretende Immunisirung auf antitoxischen oder baktericiden Kräften beruhe. Sie tödteten dazu Choleraculturen durch Chloroform, Wärme u. s. w., konnten jedoch keine Spur von Giftfestigung herbeiführen. Die grössere Resistenz vorbehandelter Thiere muss also in lebhafteren bakterientödtenden Vorgängen ihren Grund haben. Es lässt sich dies beweisen, einmal dadurch, dass man das Peritonaeum vorbehandelter Thiere, wenn diese nach Einspritzung zu grosser Mengen lebender Vibrionen der Vergiftung erliegen, fast regelmässig steril findet, und sodann durch die Raschheit, mit der diese Abtödtung im Verhältniss zu der bei nicht vorbehandelten Thieren eintritt.

Die baktericide Kraft des Serum von Choleraconvalescenten selbst ist sehr gering und nach Pf.'s Versuchen kaum höher, als die des normalen Menschenserum.

Wir dürfen also die Cholera-Immunität weder als eine Giftfestigung auffassen, noch meinen, dass in dem Serum direkt bakterientödtende Körper enthalten seien. Vielmehr wird der Vorgang der Immunisirung durch Serumübertragung unter dem Einfluss specifischer, bisher völlig unbekannter Substanzen sich vollziehen, als eine Art Reaktion, bez. Umstimmung des Meerschweinchenkörpers.

Pf. und W. leugnen weiter, dass immunisirte Meerschweinchen auch gegen die Infektion vom Darmkanal aus geschützt seien, wie bisher allgemein behauptet wurde. Ganz gleichgültig war dabei der Modus der Immunisirung. Von 10 mit Serum vorbehandelten Thieren erlagen nicht weniger als 9.

Pf. und W. verwahren sich gegen eine Uebertragung dieser Resultate auf die menschliche Cholera, doch erklären sie alle bisherigen experimentellen Grundlagen einer Präventiv-Impfung gegen Cholera bei Menschen für unhaltbar.

Nowack (Dresden).

25. **Ueber die gasförmigen Stoffwechselprodukte beim Wachsthum der Bakterien**; von Dr. W. Hesse. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 1. p. 17. 1893.)

Der vorliegende, kurze, aber um so inhaltreichere Vortrag H.'s, den eine Fülle schöner Tafeln trefflich erläutert, lehrt uns unter Benutzung eines sinnreichen, von Prof. Hempel construirten Apparates (siehe das Original), dass die Bakterien im Allgemeinen genau so athmen, wie die Thiere, d. h. bei ihrem Wachsthum Sauerstoff aufnehmen und Kohlensäure abgeben.

Von Aëroben prüfte H. den Cholerabacillus (7 Culturen), Typhusbacillus (4 Culturen), Kapselbacillus Pfeiffer (2 Culturen), Tuberkelbacillus (2 Culturen), Rotzbacillus, Staphylococcus aureus, Milzbrandbacillus und Aktinomyces (je 1 Cultur), von Anaëroben den Rauschbrandbacillus (2 Culturen), Tetanus- und Oedembacillus (je 1 Cultur). Die Versuchsprotokolle sind der Arbeit in Tabellen angefügt. H. schliesst aus ihnen:

1) Nach der Impfung wird von den Bakterien Sauerstoff aufgenommen und dafür Kohlensäure abgegeben, und zwar Beides um so reichlicher, je lebhafter das Wachsthum der Bakterien vor sich geht. Die Art und Weise, wie dies geschieht, ist unter vollständig gleichen Versuchsbedingungen bei ein und demselben Bakterium derselben Herkunft völlig gleich, so dass man unter Umständen allein aus dem Verlauf des Gasaustausches den Urheber desselben erkennen kann (Kapselbacillus, Tuberkelbacillus). 2) In vielen Fällen wird namentlich anfangs Tag für Tag und in noch kürzerer Zeit sämmtlicher im Culturglas vorhandene Sauerstoff verbraucht. 3) Die Dauer des starken Gasaustausches ist bei den verschiedenen Bakterien verschieden, aber auch bei denselben Bakterien je nach der Art und Reaktion der verwendeten Nährböden ausserordentlich ungleich. 4) Brütofentemperatur beschleunigt das Bakterienwachsthum und damit den Gasaustausch in hohem Grade. 5) In der Zeit des lebhaften Bakterienwachsthums wird nicht die der aufgenommenen Sauerstoffmenge entsprechende Menge von Kohlensäure wiedergefunden, sondern erheblich weniger. Die Menge des zurückgehaltenen Sauerstoffs ist zur

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Zeit des lebhaftesten Bakterienwachsthums am grössten. Der in Verlust gegangene Sauerstoff ist vorwiegend zum Bakterienaufbau oder zur Herstellung anderer Stoffwechselprodukte verwendet worden (doch scheint den neuesten Untersuchungen H.'s zu Folge auch der Nährboden selbst eine gewisse Menge O aufzusaugen).

Da wir durch diese Methode u. A. festzustellen vermögen, ob und in welchem Umfange ein Bakterienwachsthum stattfindet, bei welcher Zusammensetzung, Reaktion u. s. w. der Nährböden das üppigste Gedeihen erfolgt, ob die Cultur alt oder jung, rein oder verunreinigt (Mischinfektion) ist u. s. w., so ist die Methode H.'s von grossem Interesse. Nowack (Dresden).

26. **Vergleichende Untersuchungen über Streptokokken**; von A. Pasquale. Aus dem bakteriol. Laborat. der zoolog. Station zu Neapel. (Beitr. zur pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XII. 3. p. 433. 1893.)

Als eine Art Fortsetzung der Arbeit von Kruse und Pansini, wonach der Diplococcus pneumoniae nichts Anderes, als ein Streptococcus ist, unternahm P. eine vergleichende Untersuchung der typischen Streptokokken. Die Untersuchung erstreckte sich nicht blos auf ihre Morphologie, ihr Wachsthum in den gewöhnlichen Culturböden, als Bouillon, Gelatine, Agar, Kartoffeln, Serum von Kaninchen, vom Rinde, Menschen u. s. w., sondern auch auf die Veränderungen, welche sie in gährungsfähigen Nährböden, als Milch und Agar mit Zusatz verschiedener Zuckerarten, hervorbringen. Ferner verfolgte P. ihr Pigmentirungs-, ihr Reduktionsvermögen, die Bildung von Säuren oder Alkali, die Lebensdauer und endlich ihr pathogenes Vermögen.

Im zweiten Theile berichtet P. über die natürliche und erworbene Immunität gegen die Streptokokken.

Im Allgemeinen kommt P. — besonders den Behauptungen von v. Lingelsheim, Kurth u. s. w. gegenüber — zu negativen Ergebnissen. Es liess sich kein einziges Merkmal finden, weder in den Temperaturgrenzen, noch in dem Bestehen oder dem Mangel der Fähigkeit, die Gelatine zu peptonisiren, die Milch zu coaguliren, Pigmente zu bilden u. s. w., das eine verlässliche Gruppirung der verschiedenen Streptokokken ermöglicht hätte. Bezüglich ihrer Lebensdauer rechnet P. die Streptokokken zu den wenig widerstandsfähigen Mikroorganismen. Sie hielten sich in Bouillon und auf Agar 41 Tage lang, im Blute wenig über 2 Monate. Der Säuregehalt der Nährböden, das spärlichere Zutreten von Sauerstoff, das Licht u. s. w. üben dabei einen wesentlichen Einfluss.

Die Virulenz der verschiedenen Streptokokken fand P. überaus wechselnd. Am stärksten infektiös erwiesen sich diejenigen, welche aus tuberkulösen Processen des Menschen isolirt wurden, sei es aus den Lungen oder der Pia-mater, dem Peritonaeum, den lymphatischen Drüsen, dem Ependym, Knochen u. s. w. Weiter fand P., dass die Virulenz ebenso von selbst abnehmen, wie von selbst zurückkehren konnte. Dass aber der ursprüngliche Grad auf künstlichem Wege *immer* wieder hergestellt werden könne, wie v. Lingelsheim will, bestreitet P. lebhaft.

Weniger ergiebig ist P.'s Ausbeute für die Immunität. Kaninchen vermochte er zwar für das experimentelle Erysipel eine gewisse Immunität zu verleihen, sowohl gegen das Bakterium des Erysipels, als auch gegen einen sehr virulenten Streptococcus. Aber diese Immunität war eine sehr beschränkte, niedrige. Dafür, dass die Ursache der natürlichen Immunität in dem keimtödtenden Vermögen des Blutserum beruhe, findet P. keine Stütze.

Eine sichere Unterscheidung der verschiedenen Streptokokken, wie sie bei Erysipel, Eiterung, Diphtherie, Pneumonie u. s. w. zu gewinnen sind, ist zur Zeit unmöglich, andererseits kann man aber auch nicht behaupten, dass diese Streptokokken dem Menschen gegenüber identisch seien. Darüber könnte nur der vergleichende Versuch am Menschen selbst entscheiden.

Unter Verwerfung der von v. Lingelsheim und Kurth aufgestellten Gruppen giebt P. am Schlusse neue Grundlinien einer natürlichen Eintheilung der Streptokokken.

I. Kurze saprophytische Steptokokken.

bei niederer Temperatur (Faeces und äussere Umgebung).	bei höherer Temperatur (Mund- und Respirations-Schleimhäute).

II. Lange, nicht virulente Streptokokken.

Faeces, z. B. Streptococcus coli gracilis.	Mundschleimhaut (Kruse und Pansini).

III. Lange, pathogene Streptokokken.

Erysipel Eiter Pneumonie Diphtherie Scharlach.	Sputum von Pneumonikern.

IV. Kurze, höchst infektiöse Streptokokken.

Tuberkulose u. s. w. (Mischinfektion) Diplococcus pyogenes.	Pneumonie Diplococcus pneumoniae.

Phylogenetisch, meint P., seien die ersten Streptokokken kurz und saprophytisch gewesen. Die einen hätten sich der äusseren Umgebung, bei relativ niederer Temperatur, die anderen dem halbparasitischen Leben auf den Schleimhäuten der Warmblüter angepasst. Von den kurzen stammten die langen Streptokokken ab, die kein pathogenes Vermögen besitzen, von diesen wieder lange Streptokokken, die mit einem solchen begabt sind. Der höchste Grad der Infektiosität verbindet sich mit der Rückkehr zu der mehr oder weniger ausgesprochenen Bildung von kurzen Ketten. Die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

kurzen, sehr virulenten Streptokokken haben also nichts mit denjenigen zu thun, die kurze Ketten bilden, ohne infektiöse Eigenschaften zu besitzen; der beste Beweis dafür ist der Umstand, dass die ersteren, je mehr sie in Folge länger dauernder Cultur in künstlichen Nährböden ihre Virulenz einbüssen, in demselben Grade die Fähigkeit gewinnen, in langen Ketten zu wachsen, während die kurzen Ketten unverändert bleiben.

Nowack (Dresden).

27. **Zur Lehre von der Identität des Streptococcus pyogenes und Streptococcus erysipelatis**; von Stabsarzt Dr. M. Kirchner. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XI. 24. p. 749. 1892.)

K. sah bei einem 20jähr. Kanonier, dem er wegen eines Lungenspitzenkatarrhs Tuberkulin injicirte, binnen 3 Tagen erst eine schwere Mandelentzündung (ohne Diphtheriebacillen), dann ein Erysipel des Gesichtes mit Blasenbildung entstehen. Da die im Mandelbelage und im Blaseninhalt nachgewiesenen Streptokokken die gleiche Grösse hatten und sich gegen Farbstoffe ganz gleich verhielten, so erklärt K. beide für identisch. Baumgarten's Annahme, dass die verschiedenen Wirkungen des Streptococcus auf einer verschieden starken Virulenz beruhten, erscheint ihm durch seine Beobachtung hinfällig geworden zu sein [? Ref.]

Nowack (Dresden).

28. **Streptococcus ruber**; af C. Lundström. (Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 11. S. 799. 1893.)

Im Harn eines an Cystitis leidenden Mannes fand L. ausser etwas Eiweiss und 3% Zucker den Streptococcus pyogenes in Reincultur. Nach Monate lang fortgesetzten Ausspülungen der Blase mit Borsäurelösung fanden sich Streptokokken, die anfangs sich wie Streptococcus pyogenes verhielten, aber in Gelatineculturen sich bald röthlich und schliesslich intensiv roth färbten. Im Aussehen zeigte dieser Streptococcus ruber keinen Unterschied vom Streptococcus pyogenes, nur manchmal schien es L., als ob er etwas dicker wäre; auch in Bezug auf die Entwicklung und die pyogene Wirkung verhielten sich beide Streptokokken vollkommen gleich. Um zu untersuchen, ob der Streptococcus pyogenes vielleicht durch die Borsäure eine Modifikation insoweit erleiden könne, dass er chromogen werde, stellte L. Züchtungsversuche mit Streptococcus pyogenes in mit Borsäure versetzter Gelatine an, aber alle Colonien blieben weiss, ohne eine Spur von rother Färbung zu zeigen; er überimpfte ferner den Streptococcus ruber auf Kaninchen und machte aus den danach entstandenen Abscessen Culturen, in denen sich stets der chromogene Streptococcus ruber entwickelte.

Walter Berger (Leipzig).

29. **Vergleichende Untersuchungen über den Typhusbacillus und ähnliche Bakterien**; von Dr. Edoardo Germano u. Dr. Georgio Maurea. Aus d. bakter. Laboratorium d. zoolog. Station zu Neapel. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XII. 3. p. 494. 1893.)

Die vorliegende Arbeit ist kritisch höchst werthvoll. Vff. sammelten nicht weniger als 100 Culturen (12 Typhusbacillen und 88 typhusähnliche) und untersuchten deren Morphologie, Verhalten gegen Farbstoffe, Beweglichkeit, Wachsthum in den gebräuchlichen Nährböden, Veränderung der Milch, Beeinflussung durch Jequirity-Lösung, Verhalten gegen Nährböden, denen Trauben-, Milch-, Rohrzucker, Anilinfarben zugesetzt waren, Produktion von Indol, Säure, Alkali, Reduktionsvermögen und pathogene Kraft.

In einer Tabelle sind die Resultate übersichtlich zusammengestellt. Wir ersehen daraus, dass Vff. mit ungefähr 30 Species gearbeitet haben. Bisweilen konnten sie aus denselben Faeces oder derselben Leiche eine ganze Reihe verschiedener typhusähnlicher Bacillen gewinnen. Dabei fanden sich alle Uebergänge von dem einen Typus zum anderen, dennoch erheben Vff. Einspruch gegen die Annahme von Rodet und Roux, dass in der That ein Uebergang der typhusähnlichen Bacillen in den Typhusbacillus stattfinde.

Von den verschiedenen Species sind einige häufiger als alle anderen. Mehrere sind mit besonderen Namen belegt worden: Faecesbacillen (Bac. neapolitanus), Bacterium coli commune u. s. w. Da aber die genaue Unterscheidung dieser Bakterien nur durch Aufzählung sämmtlicher Eigenschaften möglich ist, so empfehlen Vff. diese Namen fallen zu lassen und jeden typhusähnlichen Bacillus nach seinen besonderen Kennzeichen zu beschreiben.

Varietäten zuzulassen, wie Babes will, halten Vff. für nicht nöthig. Sie fanden als die einzigen Unterschiede, die bis zu einem gewissen Grade beständig zu sein schienen, mehr oder minder üppiges Wachsthum und grössere oder geringere pathogene Wirkung. Alle übrigen Abweichungen hängen von der Beschaffenheit der Nährböden ab.

Im Einzelnen sei noch Folgendes bemerkt: Das von Gaffky als typisch beschriebene Wachsthum auf Kartoffeln ist leider nicht immer verwerthbar, da es an vielen Orten (Neapel) niemals zur Beobachtung kommt. Wenn man jedoch nebeneinander Culturversuche auf Kartoffeln und Gelatineplatten mit verdächtigen Bacillen und einer sicheren Reincultur des Typhusbacillus anstellt, so erhält man ein Unterscheidungsmittel allerersten Ranges.

Ein vollkommen sicheres Mittel, um die Typhusbacillen von typhusähnlichen zu unterscheiden, giebt nach den Vff. das Eintreten oder das Ausbleiben der Gasentwicklung in Stichculturen in Agar mit 2% Traubenzucker. Dieses Verfahren ist um so schätzenswerther, als es in 24 Stunden zur Diagnose führt.

Alle übrigen Kennzeichen, als Mangel der Indolreaktion, Ausbleiben der Milchcoagulation,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

der Gährung des Rohr- und Milchzuckers, pathogene Wirkung, Beweglichkeit, Cilien u. s. w. haben nur einen begrenzten Werth, da sie auch bei den typhusähnlichen Bacillen auftreten können.

Zur Isolirung des Typhusbacillus giebt es also Mittel, welche bisweilen diesen Zweck erreichen lassen, jedoch sämmtlich nicht die Bedeutung haben, die ihnen von den einzelnen Autoren zugeschrieben worden ist. Oft muss man sie ändern. Zur Trennung der Typhusbacillen von typhusähnlichen sind sie nicht geeignet. Sie gewinnen an Werth, wenn man Controlversuche mit Typhusbacillen anstellt. Nowack (Dresden).

30. **Nouvelle étude bactériologique des selles dans la dysentérie nostras épidémique**; par les Dr. Bertrand et Baucher. (Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. XL. 40. p. 474. 1893.)

Vff. berichten über die Ergebnisse ihrer bakteriologischen Untersuchungen, welche sie bei einer gutartigen Ruhr-Epidemie unter den Soldaten von Cherbourg angestellt haben. Sie fanden in den Stühlen, von denen unter 12 sieben alkalisch, zwei neutral und drei sauer reagirten, Organismen, welche die Gelatine verflüssigten, und solche, welche sie nicht verflüssigten. Zu der ersten Art gehörten der septische Vibrio (für Meerschweinchen pathogen), Bacillus pyocyaneus, Staphylococcus pyogenes, zu der letzteren Bacterium coli, ein nicht pyogener Staphylococcus, Sarcina lutea und 4 Arten nicht näher bestimmter Keime.

Vff. glauben, dass die epidemische katarrhalische Ruhr durch das Zusammenwirken verschiedener Keime zu Stande kommt. Diese, an sich zunächst harmlos, können zu Krankheitserzeugern werden, wenn die Darmschleimhaut aus irgend welchem Grunde erkrankt. Es kann sich auch ihre Giftigkeit im Darmkanal steigern, so dass sie Stoffe bilden, welche eine Schädigung des Darmepithels bewirken, und auf diese Art sich eine Eintrittspforte in den Körper schaffen. Vielleicht werden die Keime auch bereits im Zustande erhöhter Giftigkeit mit gewissen, von verdorbenen Nahrungsmitteln stammenden schädlichen Stoffen aufgenommen. Endlich könnten den Ausleerungen giftige Gase entströmen, welche von der Lunge aufgenommen und durch den Darm wieder ausgeschieden werden. So könnte man die Uebertragung ohne direkte Berührung erklären.

Brückner (Dresden).

31. **Ueber einen neuen, im diarrhoischen Stuhl gefundenen Vibrio**; von Dr. G. Vogler. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 35. 1893.)

V. untersuchte im städtischen Krankenhause zu Altona 168 Stühle theils Gesunder, theils an Diarrhöen und Cholera Leidender. Bei Gesunden fanden sich niemals Cholerabacillen, wohl aber bei Kranken, welche, ohne sonstige Choleraerscheinungen darzubieten, an Durchfall litten und bei Cholerareconvalescenten auch im geformten Stuhl. Dabei fand nun V. in dem diarrhoischen Stuhl eines an Delirium Leidenden einen Vibrio, welcher morphologisch dem Cholerabacillus durchaus glich, lebhafte Eigenbewegungen zeigte. Auf der Gelatineplatte bildete er nach 2 Tagen fein granulirte, gelbe, scharfbegrenzte Colonien mit concentrischer Zeichnung und dunklem, homogenem Kern. Einzelne Colonien waren weniger gefärbt, hell, hatten einen dichteren Kern und helleren Rand. Dieser war scharf, häufig etwas angekerbt. In einer dritten Reihe zeigten die Colonien inmitten eines Verflüssigungshofes eine gelbliche Anhäufung mit cirkulären, zerstreut liegenden Bröckelchen. Der Rand erschien radiär gefasert. Nach einigen Tagen wurde die Gelatine bei allen verflüssigt. Wurde jetzt abgeimpft, so bildeten sich zunächst wieder die concentrischen Colonien, sodann die helleren, endlich (nach 60 Stunden) die verflüssigenden. In der Gelatinestichcultur verflüssigte der Vibrio nur die Oberfläche. Auf alkalischen Kartoffelscheiben bildete er einen dünnen, glatten, hellbraunen Belag. Cholerarothreaktion gab der Organismus nicht. Bei Sauerstoffabschluss wuchs er auch, aber langsam. Für Thiere schien er nicht pathogen zu sein. Brückner (Dresden).

32. **Ein Behelf bei der mikroskopischen Untersuchung der Faeces**; von M. Herz. (Centr.-Bl. f. klin. Med. XIII. 42. 1892.)

H. räth, bei der Untersuchung von Faeces die Probe mit 5proc. Carbolsäure zu verreiben und dann zu centrifugiren. Es erfolgt dann eine Schichtung dergestalt, dass sich zuoberst Bakterien, darauf Cellulose und Muskelfasern, zuletzt Rundzellen, Clostridien u. s. w. absetzen.

Brückner (Dresden).

33. **Infections secondaires dans la dyspepsie gastro-intestinale chronique des nourrissons**; par Marfan et P. Marbot. (Revue mens. des Maladies de l'Enf. XI. 9. p. 400. 1893.)

Sekundäre Infektionen im Verlaufe der chron. Magen-Darmkatarrhe werden bei künstlich genährten Säuglingen häufig durch Bacterium coli commune und Streptokokken hervorgerufen. Diese werden die Ursache von Bronchopneumonien, akuten Exacerbationen der Darmerkrankung und haben jedenfalls Antheil an dem Zustandekommen der chron. Kachexie. Das Bacterium coli dringt durch die erkrankte Darmschleimhaut in das Blut- und Lymphgefässsystem ein, der Streptococcus ausserdem durch Ulcerationen der Haut und durch die Luftwege. Vff. konnten in 18 Fällen in den grossen Drüsen (Milz, Leber) oder im Blute, der Perikardialflüssigkeit, in der Lunge 9mal Bacterium coli fast in Reincultur, 4mal Streptokokken, 5mal beide Organismen nachweisen.

Brückner (Dresden).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

34. **Ueber einen die Gingivitis und Hämorrhagien verursachenden Bacillus bei Scorbut**; von Prof. Babes. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 43. 1893.)

B. konnte im Zahnfleische von scorbutkranken Soldaten feine, lange, zum Theil wellige Stäbchen in grosser Menge nachweisen. Sie färbten sich mit Methylenblau, hingegen nicht nach Gram. Zahlreiche Thierversuche führten in 2 Fällen insofern zu einem befriedigenden Ergebniss, als 2 Kaninchen, denen B. eine Aufschwemmung von Gewebestückchen (Zahnfleisch, Blut u. s. w.) in das Blut eingespritzt hatte, nach Auftreten von Blutungen in die Haut und in die inneren Theile zu Grunde gingen. In den untersuchten Organen der Thiere liessen sich die erwähnten Stäbchen wieder finden. Züchtungen stiessen auf grosse Schwierigkeiten, da die Stäbchen oft von Streptokokken überwuchert wurden. Am besten gediehen sie auf Nährböden, auf welchen vorher Streptokokken gewachsen waren. Diese scheinen für ihre Entwicklung günstige Bedingungen zu schaffen. Rein gezüchtete Stäbchen brachten bei Kaninchen im Unterhautzellgewebe und an den serösen Häuten Blutungen hervor und tödteten die Thiere nach 5—7 Tagen. B. konnte ähnliche Stäbchen im Zahnbelage Gesunder nachweisen. Er glaubt, dass durch einseitige Ernährung und sonstige schädliche Einflüsse für die Stäbchen günstige Entwicklungsbedingungen geschaffen werden. Die Stäbchen entwickeln sich zunächst nur örtlich und rufen durch die Bildung von schädlichen Stoffen die Allgemeinerkrankung hervor.

Brückner (Dresden).

35. **Ueber Osteomyelitis variolosa**; von Prof. H. Chiari in Prag. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XIII. 1. 1893.)

Ch., dem wir bereits die Kenntniss der specifischen Variolaherde in den Hoden (Orchitis variolosa) verdanken, bereichert in der vorliegenden Arbeit die pathologische Anatomie der Variola durch den Nachweis gleicher Herde im Knochenmark, wie sie sich namentlich in etwas späteren Stadien der Erkrankung ungemein regelmässig und in grosser Zahl vorfinden. Anfänglich zeigen diese bis zu Halberbsengrösse heranwachsenden Herde sich zusammengesetzt aus grossen epithelähnlichen, geschwollenen, fettkörnchenhaltigen Markzellen, welche auffallend gegen das Lumen der Fettzellen vorspringen, als ob diese von einem Epithelsaum umgeben wären; nur vereinzelt fanden sich Leukocyten daneben. Manche Herde zeigen bereits in diesem Stadium (2—6tägige Krankheitsdauer) beginnende centrale Nekrose; fast regelmässig tritt letztere indessen — und zwar in grosser Ausdehnung — in dem nächsten Stadium (bis zum 10. Tag) auf; auch fibrinöse Exsudate erschienen dann in den Herden, welche übrigens mit den Hodenherden vollkommen übereinstimmten. In noch späteren Stadien sind die Herde regelmässig schon makroskopisch deutlich nachweisbar; auch jetzt noch treten im histologischen Bild die Leukocyten im Allgemeinen sehr zurück. Das Knochenmark zwischen den Herden zeigte nichts Auffallendes. Einmal fanden sich bei einem Knaben im Stadium exsiccationis (10. Krankheitstag) auch in der Leber zahlreiche kleinste lymphatische Knötchen und innerhalb der Malpighischen Körperchen der Milz kleine, aus geschwollenen Lymphzellen bestehende Herde.

In einem Falle von geheilter Variola (2 Monate ante mortem Exanthem) fanden sich noch nekrotische Reste ehemaliger Herde, in Aufsaugung begriffen.

Ch. hält die beschriebenen Herde für eine specifisch variolöse Erkrankung, theils wegen ihres regelmässigen Auftretens, theils wegen der histologischen Aehnlichkeit mit der Orchitis variolosa, mit welcher die Knochenherde auch das Gemeinsame hatten, dass sie nicht in Eiterung übergingen. Die Erkrankung scheint sehr weit über das Knochensystem verbreitet zu sein und ist wahrscheinlich der anatomische Ausdruck für die häufigen klinischen Angaben über Knochenschmerzen bei Variola. Die Pockenmikroorganismen wurden auch in diesen Herden niemals gefunden.

Beneke (Braunschweig).

36. **Ueber das Verhalten des Blutgefässendothels bei der Auswanderung der weissen Blutkörper.** *Untersuchungen am Warmblüter;* von Dr. G. Engelmann in Dorpat. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XIII. 1. 1893.)

Um den Durchtritt der Leukocyten zwischen den Gefässendothelien bei der Entzündung auch beim Warmblüter nachweisen zu können, erzeugte E. bei Hunden durch Vorziehen einer Darmschlinge, welche dann 1—1½ Stunden zwischen feuchtem Mull gehalten wurde, eine leichte Entzündung. Unmittelbar nach der Tödtung des Thieres durch Erstechen wurden dann die betroffenen Gefässgebiete zunächst mit 0.25proc. Höllensteinlösung und dann mit Leim injicirt. Mikroskopisch fanden sich dann, abgesehen von zahlreichen Ekchymosen und reichlicher Leukocytendurchsetzung des Gewebes, regelmässig reichliche punkt- und ringförmige Zeichnungen innerhalb der Kittlinien der Endothelien, analog den von Arnold beim Kaltblüter beschriebenen; zahlreiche Leukocyten lagen unmittelbar an den Endothelgrenzlinien, bez. waren zwischen den Grenzen der einzelnen Endothelien eingeklemmt.

Weiterhin fanden sich auch, namentlich entlang den Endothelgrenzen, grössere ringförmige Zeichnungen, Stomata; besonders bemerkenswerth aber war, dass letztere auch auf der Innenfläche einer Endothelzelle, ohne Beziehung zur Kittleiste, vorkamen, und dass gerade an solchen Stellen bisweilen ein Leukocyt der Endothelzelle innerhalb des Gefässlumen anlag. E. ist der Ansicht, dass

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

es sich bei diesen „Stomata“ in der Mehrzahl der Fälle nicht um Kittleisten, sondern um Spuren einer Anlagerung von Leukocyten an Endothelien handle, welche durch die Silberfärbung kenntlich gemacht werden. Da die Leukocyten besonders leicht neben den Kittlinien sich anlagern, so ist es verständlich, dass die Stomata diesen gewöhnlich direkt anliegen. Es sind jedenfalls keine Oeffnungen für durchwandernde Zellen, denn die durchwandernden Zellfortsätze sind immer viel schmaler, als die Stomata. Sie sind scharf zu unterscheiden von den bei Entzündungen thatsächlich veränderten Kittleisten, deren zahlreiche punktförmige Erweiterungen, Stigmata, den Durchtritt sowohl von Leukocyten, als von eiweissreicherem Material (im Gegensatz zum einfachen Transsudat) gestatten; auch die rothen Blutkörperchen können an diesen Stellen die Gefässwand durchsetzen. Beneke (Braunschweig).

37. **A study on the aetiology of exsudative pleuritis**; by F. M. Prudden. (New York med. Journ. June 24. 1893.)

P. untersuchte eine Reihe pleuritischer Exsudate bakteriologisch. Er fand in 12 Fällen einfacher sero-fibrinöser Pleuritis keine Mikroorganismen. Von 6 metapneumonischen sero-fibrinösen Exsudaten liessen sich in 2 Pneumokokken nachweisen; 4 erwiesen sich als steril, ebenso wie 3 sero-fibrinöse Exsudate bei Phthisikern. In 8 „einfachen“ Empyemen wurde 7mal Streptococcus pyogenes, einmal Staphylococcus gefunden, während in 11 metapneumonischen eiterigen Exsudaten 9mal Pneumokokken und je einmal Streptokokken, bez. Staphylokokken vorhanden waren. In einem Empyem bei einem Phthisiker waren massenhafte Tuberkelbacillen zu sehen. Die angelegten Culturen blieben steril. In 4 fötiden, jauchigen Exsudaten fanden sich verschiedene Mikroorganismen, meist Bacillen. Einmal trat daneben noch Staphylococcus aureus auf.

Die Exsudate, in welchen Streptokokken enthalten waren, gaben eine schlechtere Prognose, als die durch Pneumokokken und Staphylokokken hervorgerufenen. Bei der ersten Form trat in 8 Fällen 5mal, bei der letzteren in 8 Fällen 2mal der Tod ein. Beide Male waren hier Complikationen von Seiten des Herzens vorhanden.

Brückner (Dresden).

38. **Ueber geformte Bestandtheile in 48 pleuritischen Exsudaten**; von Dr. E. Grawitz. (Charité-Annalen XVIII. p. 265. 1893.)

Nach der kurzen Zusammenfassung, die Gr. zum Schluss seiner Arbeit giebt, fanden sich:

„1) *Nur* Leukocyten in serösen oder trübserösen Exsudaten 21mal.

2) Rothe Blutkörperchen, bez. deren Zerfallsprodukte:
- a) in 8 serösen Ergüssen Tuberkulöser,
- b) bei einem an Leukämie Leidenden,
- c) bei einem an primärem Carcinom der Lunge Leidenden.

3) Charcot'sche Krystalle:
- a) in einem Streptokokkenempyem,
- b) bei einem an Leukämie Leidenden.

4) Tuberkel-Bacillen:
- a) in einem serös-hämorrhagischen Exsudat,
- b) bei Pyopneumothorax 2mal.

5) Streptokokken:
- a) in serösen Exsudaten 2mal,
- b) in trüb-serösen, bez. eiterigen 6mal.

6) Staphylokokken:
in 2 Empyemen mit Thoraxfisteln.

7) Diplokokken der Pneumonie:
in einem Empyem.

8) Keine Bakterien:
in einem Empyem einer Tuberkulösen.

9) Gemischte Bakterien:
in einem jauchigen Empyem.“

Bei Besprechung der Leukocyten erwähnt Gr. die Thatsache, dass in fast klaren Exsudaten eitererregende Mikroorganismen gefunden werden können, während sie in Empyemen zuweilen fehlen, und geht dann genauer auf die Untersuchungen seines Bruders ein, nach denen die Leukocyten durchaus nicht alle aus dem Blute, sondern zum guten Theil aus dem entzündeten Gewebe stammen. Von den 21 Exsudaten, die lediglich Leukocyten enthielten, stammten 13 von Tuberkulösen. Nie waren Tuberkelbacillen nachzuweisen, mit 10 Exsudaten wurden Impfungen angestellt, nur einmal mit Erfolg. Drei dieser Tuberkulösen mit sterilen Exsudaten hatten Pneumothorax.

Streptokokken-Exsudate kamen vor: 1mal im Anschluss an Pneumonie, 4mal an Influenza, 1mal im Anschluss an ein mit dem Zwerchfell verwachsenes Magengeschwür, 1mal in Folge von Vereiterung des Stichkanales bei der Bülau'schen Drainage, 1mal bei Tuberkulose.

Eine kurze Uebersicht über die Ausgänge der Empyeme ergiebt Folgendes:

„1) Von den mit Rippenresektion Behandelten wurden geheilt:
- a) 3 mit Streptokokken,
- b) 1 mit Staphylokokken,
- c) 1 mit gemischten Bakterien.

2) Es blieben noch in Behandlung:
- a) 1 mit Staphylokokken,
- b) 1 mit Fränkel'schen Diplokokken,
- c) 1 mit Tuberkelbacillen.

3) Es starben von den Operirten:
2 mit Streptokokken.

4) Von den Nichtoperirten wurden geheilt:
- a) 1 mit Streptokokken,
- b) 1 ohne Bakterien, } durch Perforation nach der
- c) 1 zweifelhaft } Lunge und Expektoration.

5) Von den Nichtoperirten starben:
- a) 2 mit Streptokokken,
- b) 1 mit Tuberkelbacillen.“

Dippe.

39. **Contribution à l'étude du cancer primitif diffus de la plèvre**; par le Dr. G. Rossier, Lausanne. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XIII. 1. 1893.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Der von R. mitgetheilte Fall von „Endothelkrebs" („Lymphangitis carcinomatosa") betraf einen 42jähr. Mann, der ganz akut mit heftiger Dyspnöe und linkseitigem Brustschmerz erkrankte. Wenig Husten, kein Auswurf. Nach mehreren Monaten wurden wiederholt 3—3½ Liter pleuritischer Flüssigkeit durch Punktion gewonnen; sie war blutig, enthielt Spuren von Zucker, viel Eiweiss, viele Epithelzellen, die meisten in starker Verfettung. Zunehmende Athemnoth machte die Punktionen immer häufiger nöthig; zuletzt trat Pneumothorax mit fötider Pleuritis ein. Rippenresektionen wurden wiederholt vorgenommen. Ein halbes Jahr später erlag der Kr. nach zeitweiliger erheblicher Besserung einer Blutung in den Pleuraraum.

Sektion. Zahlreiche weissliche Knötchen im Mesenterium des S Romanum, Colon und im grossen Netz, desgleichen im Douglas'schen Raum. Linke Pleura 2 cm dick, weiss, hart; die linke Lunge stark zusammengezogen (14:3 cm). Fötide Pleuritis; Blutgerinnsel in der Pleurahöhle. Derbe weissliche Verbindungsmasse zwischen Herzbeutel und linker Pleura. Linke Lunge luftleer, sonst unverändert, frei von Tuberkeln. Rechte Lunge gebläht, ödematös, keine Tuberkel. Bronchialdrüsen zum Theil vergrössert, mit weissen Knötchen durchsetzt. In der linken Nebenniere ein kirschkerngrosser, harter, weisser Tumor, rechts ein haselnussgrosser. Im perirenalen Bindegewebe links einige verschieden grosse weisse Knötchen. In der Leberkapsel einige kleinere, in der Leber selbst ein kirschkerngrosser Tumor.

Mikroskopisch bestand die Pleurageschwulst aus Bindegewebebalken, zwischen denen in unregelmässigen Räumen grosse epithelartige, bald cylindrische, bald polyedrische Zellen lagen; bisweilen kleideten diese nur die Wand aus, während der Innenraum der Spalte leer war. Das Zellprotoplasma erinnerte an manche Formen von Gallertkrebszellen. Die Epithelzellen lagen meist unmittelbar den Bindegewebebalken auf; bisweilen war aber auch eine feine Lage schmaler Endothelzellen zwischen Fasern und Geschwulstzellen deutlich. Innerhalb der Alveolen des Lungengewebes fanden sich die grossen Krebszellen wieder; das Alveolarepithel war unverändert, dagegen fand sich mitten im Lungengewebe ein Lymphgefäss mit Krebszellen gefüllt. Die Metastasen in den übrigen Organen zeigten typisch carcinomatösen Bau.

R. glaubt nicht, dass die krebsige Erkrankung an vielen Punkten gleichzeitig angefangen habe, wie man früher annahm, sondern dass von einem Primärherde aus eine sehr rasche oberflächliche Ausbreitung stattgefunden habe. Dass die Krebszellen von den Lymphgefässendothelien stammen, hält er zwar für wahrscheinlich, aber nicht für bewiesen. Die Entzündung ist wohl von der krebsigen Wucherung zu trennen und nur als Folgeerscheinung aufzufassen.

Beneke (Braunschweig).

40. **Ueber einen Fall von Fremdkörperperitonitis mit Bildung riesenzellenhaltiger Knötchen durch Einkapselung von Cholestearintafeln, mit Bemerkungen über die verschiedenen Riesenzellenarten**; von Dr. Carl Meyer in Zürich. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XIII. 1. 1893.)

M. berichtet ausführlich über einen Fall von hämorrhagischem Ovarialkystom bei einer 47jähr. Frau. Der Anamnese nach war der seit ca. 12 Jahren bestehende Tumor einige Wochen vor Eintritt der Frau in die klinische Behandlung geplatzt und hatte seinen Inhalt in die Bauchhöhle entleert. Die Punktionsflüssigkeit (5800 ccm) enthielt Cholestearinkrystalle. Bei der Laparotomie fand sich ein grosser, völlig abgeschlossener Sack, aus dem wegen zahlreicher miliarer Knötchen nebst Fibrinmassen auf tuberkulöse Peritonitis geschlossen wurde; ferner rechtseitig eine Ovarialcyste, aus einem solideren (multilokulären) Theil und einem grossen Sack bestehend.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Schwarten des Peritonäalsackes fibrös und ihre tuberkelähnlichen Knötchen Zellenanhäufungen um Cholestearinkrystallhaufen waren. Der Ovarialtumor war ein gewöhnliches Cystadenom, der grösste Sack desselben zeigte statt epithelialer Auskleidung Reste alter Blutmassen verschiedener Art, darunter Cholestearinkrystalle. Offenbar hatte der Inhalt dieses Sackes beim Platzen das Bauchfell überschwemmt, hatte zur fibrösen Abkapselung Veranlassung gegeben und die Cholestearinkrystalle hatten die Knötchen hervorgerufen.

Letztere bestanden aus zum Theil concentrisch angeordnetem Bindegewebe, vielen Zellen und namentlich sehr zahlreichen Riesenzellen, welche die Cholestearinplatten umfassten und im mikroskopischen aufgehellten Präparat daher vielfach wie durchschnitten erschienen; ihre Kerne lagen meistens möglichst weit von den Krystallen entfernt. Zwischenstufen zwischen den Riesenzellen und den Bindegewebezellen fanden sich in Form zahlreicher, grosser, meist mekrkerniger, epithelioider Zellen. Bisweilen lagen die Krystalle frei zwischen solchen epithelioiden oder spindelförmigen Zellen.

M. stellt aus der Literatur eine Anzahl ähnlicher „Pseudotuberkulosen", hervorgerufen durch Härchen, Schwammstückchen (in der Bauchhöhle nach Laparotomie), Speisetheilchen (in der Bauchhöhle nach Perforation von Ulcus ventriculi, Hanau) und Aehnliches, zusammen.

Betreffs der Kernstellung innerhalb der Riesenzellen, als des kennzeichnenden Unterscheidungsmerkmales zwischen Langhans'schen Riesenzellen und Myeloplaxen (Randstellung, bez. diffuse centrale Stellung) kommt M. nach seinen eigenen Befunden, wie denjenigen anderer Autoren zu dem Schluss, dass die schädigende Wirkung des Fremdkörpers die Randstellung bedinge, so wie Weigert es für die Kernstellung der tuberkulösen Riesenzelle annahm. Auch die Form der Knochenmarksriesenzelle ist M. geneigt, als einen Ausdruck der Fremdkörperwirkung aufzufassen; doch erscheint die vollkommene Gleichstellung der Knochenmarkzellen mit den Fremdkörperzellen deshalb noch nicht gestattet, weil in Knochengeschwülsten ohne jede Resorption (z. B. Epuliden) charakteristische Riesenzellen vorkommen.

Beneke (Braunschweig).

41. **Ueber einen Fall von Carcinom des Ductus thoracicus mit chylösem Ascites**; von Otto Leydhecker. (Virchow's Arch. CXXXIV. 1. p. 118. 1893.)

Als Einleitung giebt L. einen kurzen zusammenfassenden Ueberblick über die Erkrankungen der Chylusgefässe überhaupt, Lymphangitis, Cysten, Thrombose. Ferner weist er auf die Wichtigkeit des Ductus thoracicus als Sitz und Weg der Tuberkelbacillen-Infektion hin, wobei dann zumeist die Lymphdrüsen der Bronchen, des Lungenhilus und des hinteren Mediastinum erkranken (Weigert u. A.).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Sodann giebt Leydhecker die genaue Krankengeschichte und das Sektionsprotokoll folgenden Falles.

Bei einer abgemagerten 39 Jahre alten Frau fand sich unter dem Rippenrande nahe der Medianlinie ein etwa faustgrosser höckeriger Tumor, der sich mit der Respiration nicht verschob. Der Mageninhalt enthielt keine freie HCl, dagegen Milchsäure, Fett, Epithelien, Sarcine. Es wurde die Diagnose auf weit vorgeschrittenes Magencarcinom gestellt. Dann trat eine sekundäre carcinomatöse Peritonitis ein mit Ascites von gelblichem, milchig trübem Aussehen; die Flüssigkeit enthielt Fett. Vergrösserte Lymphdrüsen waren im Abdomen durchzufühlen. Eine linkseitige exsudative Pleuritis beschleunigte den Krankheitsverlauf.

Die *Sektion* bestätigte die Diagnose. Nahe dem Pylorus an der kleinen Curvatur befand sich ein ulcerirendes Carcinom. Carcinomatöse Lymphdrüsen lagen längs der Aorta abd. und thorac., der kleinen und grossen Curvatur u. s. w. Das Peritonaeum war ebenfalls krebsig. Während die carcinomatösen Lymphdrüsen im Abdomen die Cysterna chyli vollständig umschlossen, war der Ductus thoracicus vom Zwerchfell ab bis zur 8. Rippe ziemlich schlank, von da ab aber ein dicker, massiver, geschlängelter Strang von 1—2.5 cm Umfang. Carcinom der bronchialen Lymphdrüsen, der Infra- und Supraclaviculardrüsen. Lymphstauung, chylöser Ascites. Fetthaltige Pleuraexsudate.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein typisches Cylinderzellencarcinom des Magens, alle Metastasen zeigten denselben Charakter.

L. führt die Chylusbeimischung im Ascites auf eine abnorme Durchlässigkeit, bez. Rupturen, der Chylusgefässwandungen zurück, welche die Folge der vollständigen Obturation des Ductus und seiner Collateralen gewesen sei. Vom Magen sei das Carcinom durch die Lymphbahnen und nach Erkrankung der Lymphfollikel zum Ductus thoracicus gelangt.

Im Anschluss hieran führt L. ausführlich die 5 bisher in der Literatur beschriebenen Fälle von sekundärem Carcinom des Ductus thoracicus (Weigert, Virchow, Enzmann, Andral, Cooper) auf. Der Fall L.'s ist der erste, der als primären Sitz des Carcinoms den Magen hat und in dem sich chylöser Ascites fand. Endlich tritt L. der Frage nach dem Entstehen des letzteren nahe, d. h. der Unterscheidung zwischen Ascites chylosus und Ascites adiposus, er hält den ersteren für viel häufiger, als man bisher annimmt, und möchte ihn auf eine Erkrankung der feinsten Wurzeln der Chylusgefässe zurückgeführt wissen.

R. Klien (München).

42. **Ueber Häufigkeit und Bedeutung des Vorkommens von Megastoma entericum im Darmkanale des Menschen**; von Prof. F. Moritz und Cand. med. Hans Hölzl in München. (Münchn. med. Wchnschr. XXXIX. 47. 1892.)

Das Megastoma entericum, zuerst 1859 von Lambl in den Fäces von Kindern entdeckt und Cercomonas intestinalis genannt, wurde später, 1879, von Grassi im Darme der Maus aufgefunden und anfangs als Dimorphus muris, sodann aber mit dem jetzt üblichen Namen bezeichnet.

Es ist ein der Gruppe der Flagellaten, d. h. der Geissel tragenden Infusorien zugehöriges Protozoon. Es lebt parasitisch im Darm verschiedener Säugethiere und des Menschen, ist birnförmig, vorn schief abgestutzt und ausgehöhlt, hinten spitz auslaufend, mit 4 Paar zur Bewegung dienender Geisseln versehen, ohne Mund- und Darmöffnung; es enthält ein fein granulirtes, von einer zarten Hülle umgebenes Protoplasma und zeigt in der Mitte der Höhlung 2 helle, durch einen Querstrang hantelförmig verbundene Kerne. In der Regel findet man diese Infusorien im Duodenum und Jejunum, einer Kappe vergleichbar, den Epithelzellen aufsitzend, indem sie sich mit der Aushöhlung an diesen festsaugen. In dieser Form sind sie wenig widerstandsfähig und gehen bei etwas erhöhter Temperatur von 50—52° C. und beim Eintrocknen rasch zu Grunde; doch gehen sie im Dickdarm in eine Dauerform über, indem sie sich einkapseln, die Gestalt eines Eies annehmen und sich durch Längstheilung vermehren. In dieser Gestalt findet man die Megastomen im Stuhl, wenn die Peristaltik des Dickdarms eine geringe ist; bei Diarrhöen dagegen werden sie häufig als freie Formen oder in verschiedenen Stadien der Einkapselung entleert. Die freien Megastomen sind beim Menschen 15.5—16.5 μ lang und 10—12.75 μ breit, die Cysten 10—13.5 μ lang und 8.2—9.5 μ breit.

Die Ansichten der Autoren über die Schädlichkeit der Megastomen sind verschieden. Grassi hält sie für schädlich, da sie, in grossen Mengen vorkommend, die Epithelzellen der Darmzotten vollkommen überdecken und so die normale Resorption verhindern, wohl auch Diarrhöen und Anämie erzeugen können; ebenso Perroncito, wogegen v. Jaksch ihnen keine Bedeutung beilegt; Leuckart hält sie nicht für selbständige Krankheitserreger, sondern glaubt, dass sie sich wie andere Monaden erst sekundär bei schon vorher bestehenden Darmkrankheiten in grossen Mengen entwickeln und dann allerdings ihrerseits zur Verschlimmerung des Leidens beitragen können.

M. u. H. fanden das Megastoma in 7 Fällen während des Lebens und in 11 Leichen, und zwar 12mal bei 43 ohne Auswahl untersuchten Personen; es kam vor bei 20% aller Kinder, 40% der Erwachsenen und 54.5% der Tuberkulösen. Die Menge der Megastomen kann eine ungeheuerliche sein; M. fand in 1 Falle durch Berechnung 18 Milliarden. Es ergiebt sich hieraus: 1) das Megastoma ist ein sehr häufiger Parasit des Menschen, 2) Kinder und Phthisiker sind besonders empfänglich. Die grössere Häufigkeit bei Kindern erklärt sich leicht durch die leichtere Infektion mit den im Staube des Fussbodens oder in der Luft befindlichen Cysten, die bei Tuberkulösen durch die krankhafte Beschaffenheit des Darmkanals. Die krankheiterregende Wirkung der Megastomen scheint, wenn überhaupt vorhanden, eine sehr geringe zu sein. Arzneimittel sind ohne Erfolg angewendet worden und man ist daher nur auf die Prophylaxe durch Vermeidung des Staubes angewiesen. H. Meissner (Leipzig).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

43. Ueber Formanilid.

1) *Ueber das Formanilid;* von Dr. Julius Kóssa. Pharmakol. Institut zu Budapest. (Ungar. Arch. f. Med. II. 2. p. 173. 1893.)

2) *Ueber die klinische Anwendung des Formanilids;* von Dr. Franz Tauszk. (Ebenda p. 179.)

3) *Das Formanilid bei Rachen- und Kehlkopfkrankheiten;* von Dr. Isidor Preisach. (Ebenda p. 191.)

4) *Ueber die lokale anästhetische Wirkung des Formanilids;* von Dr. Wilhelm A. Meisels. (Ebenda p. 295.)

Es ist auffallend, dass bei der Prüfung der verschiedenen Anilinderivate das Formanilid bisher übersehen wurde. Nach den vorliegenden 4 Mittheilungen aus Budapest scheint es, dem Antifebrin nahestehend, ein durchaus brauchbares Mittel zu sein.

1) Das *Formanilid* (Ameisensäure-Anilid, aus oxalsaurem Anilin hergestellt) ist farblos, glänzend, in warmem Wasser, Alkohol, warmem Glycerin u. s. w. leicht löslich, geschmacklos. Es wirkt zweifellos Temperatur herabsetzend und gehört unter die „Anaesthetica dolorosa". Dieser letztere Umstand scheint besonders beachtenswerth. Bringt man Formanilid auf die Zunge, so stellt sich leichtes Brennen ein und bald darauf eine starke Gefühllosigkeit. Wahrscheinlich handelt es sich hierbei (ebenso wie bei dem Antifebrin und dem Anilin selbst) um eine Lähmung der sensibeln Nervenendigungen, während die schmerzstillende Wirkung bei innerlicher Darreichung einer Einwirkung auf das Rückenmark zugeschrieben werden muss.

2) Tauszk hat zunächst diese schmerzstillende Wirkung an Kranken erprobt und vollkommen bewährt gefunden. Schon 0.1, besser 0.25, sicher 0.5 des Formanilid wirken überall da angenehm und ohne Nebenerscheinungen, wo auch Antipyrin und Antifebrin in entsprechenden Dosen wirken. Ein Einfluss auf das Grundleiden ist nicht ersichtlich, aber Kopfschmerzen, neuralgische Schmerzen schwinden, bez. werden gelindert. Als Antirheumaticum wirkt das neue Mittel weniger gut.

Als Fiebermittel möchte T. das Formanilid dem Antifebrin entschieden vorziehen. Es wirkt etwa zu 0.25 sehr sicher und, abgesehen von der leicht eintretenden Cyanose [vasomotorische Einwirkung, keine Methämoglobinämie!], ohne alle unangenehmen Erscheinungen.

3) Preisach hat das Formanilid bei den verschiedensten schmerzhaften Erkrankungen des Rachens und Kehlkopfes zu Einblasungen und Gurgelungen angewandt und ist mit seiner Wirkung sehr zufrieden. Das Formanilid ist dem Cocain in der grossen Mehrzahl der Fälle vorzuziehen, es wirkt etwa ebenso stark, länger und ohne Gefahren. Unangenehm ist zuweilen das anfängliche Brennen.

4) Meisels berichtet Aehnliches wie Preisach. Ihm bewährte sich das neue Mittel nicht nur für Mund, Rachen und Nase, sondern auch für die Harnröhre und die Harnblase. 3proc. Lösungen wirken hier schon in kleinen Mengen sehr günstig. Nach Einspritzung von 5—8 ccm einer 3proc. Lösung in die Blase trat in einem Falle starke Cyanose ein. Dippe.

44. Migränin; von Dr. Martin Overlach. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 47. 1893.)

O. hat Antipyrin, Citronensäure und Coffein in einem bestimmten Verhältnisse gemischt und glaubt damit ein Mittel gefunden zu haben, das auch in den schwersten Fällen von Migräne sicher hilft. Man giebt 1.1 „Migränin, Höchst" in 2stündigen Pausen. Meist genügte ein Pulver, gleichgültig, ob es zu Beginn des Anfalles oder mitten drinnen genommen wurde, nur selten war ein zweites nothwendig. Die angeführten Beispiele klingen Vertrauen erweckend. Dippe.

45. Ueber die Anwendung des Coffeins bei Herz- und Nierenkrankheiten; von Dr. Joseph Pawiński. (Ztschr. f. klin. Med. XXIII. 5 u. 6. p. 440. 1893.)

P. hat im Hospital zum heiligen Geist in Warschau das Coffein (Coffein. natrio-benzoicum und Coffein. natrio-salicylicum) vielfach angewandt und ist zu Ergebnissen gekommen, die mit den übertriebenen Empfehlungen anderer Aerzte nicht ganz übereinstimmen. Die behandelten Krankheiten theilen sich ein in Herzklappenfehler, Nierenkrankheiten, Nierenkrankheiten bei Klappenfehlern, Krankheiten des Herzmuskels und der Coronararterien.

Bei *Herzklappenfehlern* kann man mittels 6 bis 12 Tage lang gegebener grosser Mengen eine erhebliche Kräftigung des Herzens erzielen. Das dilatirte Herz wird kleiner, es schlägt stärker, der Harn wird reichlicher, aber es gelingt nicht, eine vorhandene Unregelmässigkeit des Herzschlages zu beseitigen, und darin liegt ein grosser Uebelstand. Das Langsamer- und Regelmässigerwerden des Herzschlages ist oft die Hauptsache, nur dadurch wird eine richtige Füllung, bez. Entleerung der Herzräume und somit eine Hebung des Blutstromes möglich. Hier lässt das Coffein im Stich oder wirkt wenigstens lange nicht so gut wie Digitalis oder Strophanthus. Daher gebührt diesen Mitteln stets der Vorrang. Zum Coffein soll erst „in späteren Stadien, nachdem der Herzmuskel einen bedeutenden Theil der Erregbarkeit durch die gewöhnlichen Herzmittel eingebüsst hat, gegriffen werden". Dann wird es oft noch gute Dienste leisten.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei *Nierenkrankheiten.* Auch hier stehen Digitalis und Strophanthus bei eintretender Herzstörung obenan und erst, wenn sie versagen, wenn das Herz gar zu

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

schwach geworden ist, kann das Coffein versucht werden und nützlich sein. Einen recht guten Erfolg sah P. einige Male in den späteren Stadien schwerer akuter Nephritiden mit sehr spärlicher Harnabscheidung, starken Oedemen und beträchtlicher Verlangsamung des Herzschlages.

Ueber *Nierenkrankheiten mit Klappenfehlern* ist nichts Besonderes zu sagen.

„Das dankbarste Gebiet für die Coffeinanwendung bilden die *Erkrankungen des Herzmuskels,* und zwar nicht nur die auf degenerativen Processen der Muskelfasern beruhenden, sondern auch die sogen. funktionellen". In derartigen Fällen, namentlich bei den verschiedenen Formen der Myokarditis, handelt es sich meist darum, die Herzkraft zu heben, und dazu ist das Coffein durchaus geeignet. „Erst im weiteren Verlaufe der Krankheit, nach Ablauf einiger oder manchmal mehrerer Monate, wenn das Herz in Folge fortschreitender Degeneration der Muskelfasern seine Aufgabe zu erfüllen nicht mehr im Stande ist, wenn Oedeme, Dyspnöe auftreten und die Herzdämpfung in querer Richtung besonders nach rechts hin zunimmt, erst dann soll man nicht zum Coffein, sondern zur Digitalis greifen." Das klinische Bild ist dann ganz das eines uncompensirten Klappenfehlers. Ganz besonders gut schien das Coffein zur Beseitigung des Cheyne-Stokes'schen Athmens zu sein. Dass es auch bei „akuter Herzinsufficienz" sehr günstig wirken kann, ist leicht verständlich, denn es regt das Nervensystem und damit das Herz schnell und kräftig an.

Als letzten Vorzug hebt P. hervor, dass das Coffein nicht selten vortrefflich narkotisch wirkt, z. B. bei fieberloser Influenza mit Schlaflosigkeit und starker Depression des Nervensystems.

Die Darreichung des Mittels geschieht am besten in Pulvern. Coffein. natrio-salicylicum zu 0.25 g, Coffein. natrio-benzoicum zu 0.3 g, anfangs mit Vorsicht etwa 3, dann steigend bis etwa zu 8 Pulvern für den Tag. Ist Gefahr im Verzuge, dann empfehlen sich subcutane Einspritzungen mit einer Lösung Coffein. natrio-salicyl. 3.0 : 20.0 Aq. dest., bez. Coffein. natrio-benzoic. 4.0 : 20.0. Auch in Stuhlzäpfchen wirkt das Mittel gut. Bei Angina pectoris, grosser Kurzathmigkeit, Schlaflosigkeit u. s. w. ist eine Verbindung von Coffein mit Morphium oft sehr wohlthuend. Dippe.

46. **Coffeinsulfosäure, ein neues Diureticum**; von Dr. Heinz u. Dr. Liebrecht. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 43. 1893.)

Das Coffein ist ein echtes Diureticum, d. h. es regt die Nierenepithelien zu einer vermehrten Thätigkeit an, aber es bewirkt zugleich auf nervösem Wege eine Verengerung der Nierengefässe und deshalb kann die diuretische Wirkung sich nicht voll entfalten. v. Schröder half diesem Uebelstand dadurch ab, dass er zugleich mit dem Coffein ein blutdruckherabsetzendes Mittel, z. B. Chloralhydrat, gab, für die Praxis lässt sich derartiges jedoch nicht durchführen. H. u. L. erinnerten sich daran, „dass die Sulfosäuren von Körpern mit intensiver Nervenwirkung diese Wirkung gänzlich verloren haben", sie stellten die Coffeinsulfosäure, bez. deren Natriumsalz dar und erhielten damit in der That ein rein und kräftig harntreibend wirkendes Mittel. Bei Einnahme von 4 g stieg die Harnmenge bei H. u. L. von etwa 1600 schnell auf etwa 3000 ccm. Unangenehme Nebenerscheinungen fehlten, Arterien und Blutdruck blieben unverändert. Dippe.

47. **Ueber die Anwendung des Natrium salicylicum bei Rippenfellentzündung**; von Dr. Leopold Herz in Pilsen. (Wien. med. Wchnschr. XLIII. 41. 1893.)

H. wendet das salicylsaure Natron seit Jahren bei Rippenfellentzündung an und ist mehr und mehr von seiner vortrefflichen Wirkung überzeugt. Er glaubt, dass man durch zeitiges Dazuthun in allen Fällen [?] die Entstehung eines grösseren Exsudates vermeiden könne. Das salicylsaure Natron ist für die Rippenfellentzündung ebenso ein Specificum wie für den Gelenkrheumatismus! [d. h. doch wohl nur dann, wenn die Pleuritis eben „rheumatischer" Natur ist. Ref.] Dippe.

48. **Ueber die Resorption der Salicylsäure durch die Haut und die Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus**; von Prof. Bourget in Lausanne. (Therap. Monatsh. VII. 11. 1893.)

Unter Mittheilung von 20 kurzen Krankengeschichten berichtet B. über eine neue Art und Weise der Salicylbehandlung bei Rheumatismus, die vor den bisher üblichen Arten erhebliche Vorzüge hat und der wir eine weitere Bestätigung recht sehr wünschen möchten. Wir geben die Schlussfolgerungen B.'s am besten mit seinen eigenen Worten wieder:

„1) Die Salicylsäure wird rasch und intensiv durch die Haut resorbirt. Die Haut junger Individuen ist absorbirungsfähiger als die älterer, und die der Blonden ist durchgängiger, als die von Individuen mit schwarzen Haaren oder gebräunter Haut. 2) Die Geschwindigkeit und Stärke dieser Hautresorption hängt von dem Vehikel ab, das man zur Auflösung der Salicylsäure verwendet. Mittelst der fetten Körper allein ist die Haut in hohem Maasse aufsaugungsfähig, während bei Anwendung von Vaselin oder Glycerin die Resorption nicht stattfindet oder nur sehr schwach ist. 3) Die Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus mit einer aus Salicylsäure und Terpentin bestehenden Salbe ist sehr zu empfehlen. 4) In den anderen Formen von Rheumatismus ist diese Salbe weniger wirksam; sie kann jedoch bei der Behandlung dieser Affektionen mit Massage als Unterstützungsmittel dienen. 5) In Fällen von blennorrhagischem Rheumatismus ist sie ohne alle Wirkung."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Die Formel für die Salbe lautet: Acid. salicyl., Lanolin., Ol. terebinth. ana 10.0, Axung. 100.0.

Diese Salbe streicht R. auf die Umgebung der kranken Gelenke und wickelt eine Flanellbinde herum. Die Wirkung tritt schnell ein, bereits in der ersten halben Stunde beginnt die Salicylausscheidung durch den Harn. Nach 1—2 Stunden gehen die örtlichen und die allgemeinen Erscheinungen zurück. Dippe.

49. **Ueber das Resorptionsvermögen der normalen menschlichen Haut**; von Dr. Theodor du Mesnil. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 1 u. 2. p. 47. 1893.)

du M. beschäftigt sich in diesem 2. Theil seiner umfangreichen Arbeit mit der Resorption von Gasen und Salben und kommt zu folgenden Gesammtergebnissen: „Die intakte menschliche Haut ist gegenüber Flüssigkeiten, Dünsten, Gasen und in Salbenform applicirten Substanzen *undurchgängig*. In praxi findet eine Resorption von Medikamenten statt, 1) wenn dieselben durch ihr chemisches Verhalten eine Trennung der Continuität der Haut herbeiführen; 2) wenn durch (wiederholte) Einreibung medikamentöser Salben mechanisch eine Läsion der äusseren Decke herbeigeführt wird." Dippe.

50. **Zur Chininbehandlung des Keuchhustens**; von Dr. P. Baron. (Berl. klin. Wochenschr. XXX. 48. 1893.)

Nach einer sehr günstigen Erfahrung in etwa 50 Fällen tritt B. mit warmen Worten für die Chininbehandlung des Keuchhustens nach Binz und Unger ein. Das Mittel lindert nicht nur die Anfälle und macht sie seltener (allerdings fast immer erst, nachdem es einige Tage regelmässig genommen ist), es kürzt auch die ganze Dauer der Krankheit oft sehr erheblich ab und scheint ganz besonders günstig in den schweren, mit starkem Katarrh und Lungenentzündungen einhergehenden Fällen zu wirken. Darreichung in Pulvern 0.01 pro Monat, 0.1 pro Jahr, 3mal täglich. Kräftige Säuglinge bekommen etwas mehr, über 0.4 3mal täglich braucht man auch bei älteren Kindern nicht zu gehen. Mit dem Nachlass der Erscheinungen wird das Chinin seltener und in kleineren Mengen gegeben. Dippe.

51. **Étude sur le passage de quinine dans le lait, et son influence sur la santé des nourrisons**; par Oui, Bordeaux. (Annal. de Gynécol. XXXVIII. p. 332. Nov. 1892.)

O. fand, dass Chinin in Dosen von 0.75—1.0 g gegeben, in die Milch der Wöchnerin übergeht, allerdings in sehr kleinen Mengen. Nur einmal war eine Gewichtsbestimmung möglich (2—3 mg auf 100 ccm). Ein einmaliges Saugen des Kindes scheint zu genügen, um diese Milch zu entleeren. Es ist deshalb unwahrscheinlich, dass diese Dosen genügen, Malaria bei den Säuglingen zu heilen. Regelmässige Wägungen der Säuglinge ergaben keinen Einfluss der Chininmilch auf die Ernährung; eine Intoxikation fand niemals statt.

Präger (Chemnitz).

52. **Zur praktischen Bedeutung der Salzwasserinfusion bei akuter Anämie**; von H. Ostermann. (Therap. Monatsh. VII. 10. 1893.)

O. empfiehlt nach den Erfahrungen der A. Martin'schen Anstalt in Berlin als das am leichtesten auszuführende und am schnellsten und sichersten wirkende Verfahren bei akuter Anämie die Salzwassereingiessung unter die Haut. Als Einstichstelle für die Nadel wähle man die Infraclavicular-Gegend und vertheile die Flüssigkeit durch vorsichtige Massage. Stockt die Resorption, so sticht man die Nadel an einer neuen Stelle ein, oft kann man aber bis zu 1 Liter ohne Wechseln des Ortes unter die Haut laufen lassen und zur Aufsaugung bringen. — Die genauen Ausführungen O.'s über Ausführung und Wirkung dieser Eingiessungen enthalten kaum etwas wesentlich Neues.

Dippe.

53. **Ueber den Einfluss der intravenösen Kochsalzeinspritzung auf die Resorption von Flüssigkeiten**; von Prof. G. Gärtner u. Dr. A. Beck. (Wien. med. Wchnschr. VI. 31. 1893.)

G. u. B. konnten auf Grund von Versuchen, welche sie an Thieren angestellt haben, erweisen, dass durch intravenöse Injektion concentrirter Kochsalzlösungen mit grosser Schnelligkeit Flüssigkeiten aus dem Darm und den serösen Körperhöhlen zur Resorption gebracht werden. Sie empfehlen das Verfahren für den Menschen bei serösen Exsudaten, bei der Netzhautablösung, bei der Cholera (hier in Verbindung mit reichlicher Flüssigkeitzufuhr per os), beim Hydrocephalus acutus. Das „Uebersalzen" des Blutes bewirkt einen raschen Uebergang der Gewebelymphe in die Blutbahn. Beim Menschen empfehlen G. u. B. pro kg Körpergewicht 0.5 g Kochsalz in der zehnfachen Menge destillirten Wassers aufgelöst.

Brückner (Dresden).

54. **Prime ricerche farmacologiche sul Cestrum Parqui e sul suo principio attivo**; pel Dott. G. Traversa. (Giorn. della assoc. Napoletana dei med. e natural. III. 3 e 4. p. 187. 1893.)

Die in Südamerika heimische, in der Umgegend von Neapel zu natürlichen Zäunen angebaute und zur Gattung der Solanaceen gehörige Pflanze hat schon häufig weidende Ziegen, die von den Blättern gefressen hatten, meistens tödtlich vergiftet.

Es gelang T., als aktives Princip eine in weissen Nädelchen kristallisirende Substanz zu gewinnen, welche nach ihrem chemischen Verhalten kein Alkaloid, sondern ein Glykosid ist. Ueber ihre nähere chemische Zusammensetzung, ob Stickstoff

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

enthaltend u. s. w., theilt T. nichts mit. Seine pharmakologischen Versuche resumirt T. in Folgendem:

In der ersten, sehr langen Periode der Vergiftung zeigen Warmblüter Apathie, Analgesie und Anästhesie, in der zweiten Periode treten Convulsionen auf, welche rasch zum Tode führen.

Im Gebiete des Blutkreislaufs zeigen sich folgende Erscheinungen, eine vorübergehende, anfängliche Erregung des Gefässsystems mit Gefässverengerung und Blutdrucksteigerung, welche sehr bald darauf in Depression der Gefässfunktionen und Gefässerweiterung und Blutdrucksenkung umschlägt. H. Dreser (Bonn).

55. **Sulla pretesa azione curarica della coniina**; del Dott. Carlo Gioffredi. (Giorn. della assoc. Napoletana di med. e natural. III. 3 e 4. p. 321. 1893.)

Bei der Vergiftung des Warmblüters durch Coniin unterscheidet G. *drei* Stadien: 1) Ein paretisches Stadium; 2) das convulsivische Stadium und 3) das Stadium allgemeiner Paralyse mit Respirationstillstand. Kleine Gaben rufen nur die beiden ersten Stadien hervor; um die typischen und completen Convulsionen zu produciren, sind bereits Dosen erforderlich, welche tödtlich sind. Die bei Hunden beobachteten Convulsionen gehen vom Gehirn aus, das Rückenmark ist fast gar nicht bei der Entstehung derselben betheiligt; nur bei Fröschen nehmen sie nach grossen Dosen auch vom Rückenmark ihren Ursprung.

Besondere Sorgfalt wandte G. dem Verhalten der neuro-muskulären Erregbarkeit im Verlauf der Coniinvergiftung zu. Er weist nach, dass die Fähigkeit der mit Coniin vergifteten Nervenenden und Muskeln auf elektrische (einzelne auf den Stamm des Nerven applicirte Induktions-) Schläge zu reagiren, im Gegensatz zu der bisher geltenden Annahme einer curareartigen Lähmung gar keine Veränderung erkennen lasse, gegenüber dem vorher im Normalzustand beobachteten Verhalten; G. illustrirt diese überraschende Angabe durch zahlreiche Myogramme. H. Dreser (Bonn).

56. **Drei Fälle von combinirten Vergiftungen**; von Dr. Ludwig Vogel. (Charité-Annalen XVIII. p. 313. 1893.)

Im 1. Falle nahm ein 23jähr. Apotheker einen Kaffeelöffel voll *Digitalin* — Erbrechen — und nach ¾ Stunden 0.5 *Atropin* — wieder Erbrechen. Beide Gifte wirkten und da ihre Wirkungen einander zum Theil aufhoben, kam der Kr. durch. „Beide Gifte kamen gleichzeitig zur Wirkung und stritten sich gleichsam um das Herz des Apothekers. Lassen wir die strittige Muskelwirkung des Atropins aus dem Spiel, so überwog das Digitalin in seiner reizenden Wirkung auf den Vagus die lähmenden Eigenschaften des Atropins. Doch kamen die letzteren noch so weit zur Geltung, dass sie die Digitalinwirkung abschwächten, ihr im Stadium der Unregelmässigkeit des Pulses Einhalt geboten und damit den Kr. retteten."

Im 2. Falle handelte es sich um eine Vergiftung mit *Cyanquecksilber*, Verlauf der einer Sublimatvergiftung, im 3. um eine Vergiftung mit *Carbolsäure* und *Phosphor* — Genesung. Dippe.

57. **Ueber die Einwirkung der Kohlenoxyd-Gas-Vergiftung auf das Auge**; von Dr. Schmitz in Dortmund. (Festschrift des ärztl. Vereins zu Arnsberg. Wiesbaden 1893. J. F. Bergmann. p. 229.)

Ein 40jähr. Gasarbeiter und ein 25jähr., kräftiges Dienstmädchen athmeten bei der Arbeit längere Zeit ausströmendes Gas ein. Der Mann wurde bewusstlos und beim Erwachen aus der Betäubung waren seine Glieder gelähmt. Er erholte sich rasch wieder. Beiderseits bestand aber bei der Untersuchung am 4. Tage Einengung des Gesichtsfeldes fast bis zum Fixirpunkt. Das Gesichtsfeld erweiterte sich nach einiger Zeit, doch nicht vollständig und noch nach 8 Jahren fand Sch. eine starke concentrische Einengung, sowie um beide Handgelenke und auf dem Rücken des linken Fusses Gefühllosigkeit.

Auch bei dem Dienstmädchen bestand anfangs Einengung des Gesichtsfeldes, später wurden *rechts* Finger dicht vor dem Auge excentrisch, *links* Handbewegungen excentrisch unterschieden. Die ganze Stirn war unempfindlich für Berührung, ebenso die Finger beider Hände, sowohl an der Dorsal-, als an der Volarfläche.

Bei beiden Kr. war und blieb der Augenhintergrund, spec. die Sehnerven-Papille stets normal.

Sch. glaubt, dass bei beiden Kr. „die Läsionsstelle in das Foramen opticum zu verlegen sei".

Lamhofer (Leipzig).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

58. **La polyurie hystérique**; par Albert Mathieu. (Revue de Neurol. I. 19. 1893.)

M. macht auf die relative Häufigkeit der hysterischen Polyurie aufmerksam. In den letzten 2 Jahren sind 22 oder 23 Fälle in den Pariser Spitälern beobachtet worden. Bemerkenswerth ist, dass das Symptom viel häufiger bei Männern als bei Weibern vorzukommen scheint. Man kann 2 Formen unterscheiden: leichte Polyurie mit etwa 5—6 Liter und schwere Polyurie mit 20 bis 30 Liter Harn in 24 Stunden.

M. selbst hat die schwere Form bei einem 25jähr. gutgenährten Manne beobachtet, der 25—30 Liter Harn in 24 Stunden entleerte und auf 1mal 2.5—3 Liter entleeren konnte. Man gab ihm Pulver, die Seesalz waren, und erklärte, es sei ein starkes Mittel gegen den Diabetes. Daraufhin sank die Harnmenge auf 3 Liter. Andere hysterische Erscheinungen fehlten. Bei einem anderen, etwa 30jähr. Pat., der nach Schlägen auf den Kopf plötzlich eine Polyurie von 20—25 Litern bekommen hatte, trat Genesung durch Suggestion in der Hypnose ein.

Die Diagnose hat sich natürlich auf das Vorhandensein anderer hysterischer Symptome, auf die Art der Entstehung, auf den Erfolg suggestiver Mittel zu gründen. Möbius.

59. **1) Ueber multiple Hirnnervenlähmung in Folge von Geschwulstbildung an der Schädelbasis, nebst Bemerkungen zur Frage der Polyurie und Polydipsie**; von Dr. Max Rothmann. (Ztschr. f. klin. Med. XXIII. 3 u. 4. p. 326. 1893.)

2) Beitrag zur Pathologie der Enteritis

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

membranacea; von Dr. Max Rothmann. (Ebenda.)

1) Ein 36jähr. Mädchen erkrankte mit rechtseitigem Kopfschmerz und Schwäche. Nach 2 Monaten Abducenslähmung, rechtseitige Ptosis. Abnahme des Gehörs rechts. Nach 1/2 Jahre beiderseitige totale Ophthalmoplegie, Erblindung, beiderseitige Gehörsabnahme, Parese des 1. und 2. Trigeminusastes. Protrusion der Bulbi. Vortreibung der rechten Schläfengegend. Allmählich beiderseitige vollständige Trigeminuslähmung, beiderseitige Hypoglossuslähmung. Polydipsie und Polyurie. Enteritis membranacea. Durchbruch der Geschwulst durch die Nasenhöhle. Nach einem Jahre Tod in Convulsionen. *Sektion:* Carcinom der Schädelbasis mit Metastasen in der Nase, den Augenhöhlen, der Schläfengegend. Membranöse Auflagerungen im Colon. Die Diagnose konnte intra vitam richtig gestellt werden nach Untersuchung der in die Nase gewucherten Geschwulstmassen. Ausser einem malignen Tumor kam für die Diagnose in Betracht: 1) Bluterguss; 2) Tuberkel; 3) Syphilis. Blutungen in grosser Ausdehnung sind selten (Beobachtungen von Ziemssen und Kahler). Tuberkulose führt kaum je zu so ausgebreiteten Lähmungen. Für die Annahme von Syphilis würden sprechen eine entsprechende Anamnese, allgemeine Drüsenschwellung, Unregelmässigkeit im Ergriffenwerden der einzelnen Nerven, der Einfluss der specifischen Therapie. Die Syphilis kann die Hirnnerven in dreifacher Weise schädigen: a) durch Aneurysmenbildung; b) durch syphilitische Neuritis und Perineuritis; c) durch Gummata. Die Annahme eines Tumor wird wahrscheinlich oder sicher bei Verdickung der Kopfknochen, starkem Exophthalmus, bei dem Einwuchern der Geschwulst in Auge, Nase, Ohr, durch den Nachweis von Metastasen. Die Tumoren gehen aus von der Hypophysis, vom Keilbein, vom Schläfenbein. Bei den ersteren kann es durch Affektion des Chiasma zu bitemporaler Hemianopsie kommen. Bei den Keilbeintumoren kann leicht Perforation in die Nase stattfinden. Eine sichere Unterscheidung zwischen beiden Ursprüngen ist am Lebenden selten möglich. Die vom Schläfenbein ausgehenden Tumoren machen einseitige Symptome und befallen seltener den Opticus.

Die beobachtete Polyurie will R. als eine Folge primärer Polydipsie ansehen, wie sie bei Erkrankungen des Nervensystems, besonders der hinteren Schädelkapsel, häufig vorkommt. Die mikroskopische Untersuchung des Tumor ergab die Diagnose Carcinom. Ueber den Ursprung lässt sich nichts Bestimmtes sagen. Die Erscheinungen der membranösen Enteritis stellten sich eine Woche vor dem Tode ein. Die Patientin entleerte zunächst nach einem Einlaufe, später noch 2—3mal ohne einen solchen mehrere Meter weisser, opaker, strangartiger Massen, die nicht mit Faeces vermengt waren. Bei der Autopsie fand man solche Massen im Colon transversum und im unteren Dickdarme. Die Schleimhaut war geröthet. Die Membranen liessen sich leicht abziehen. Bei der Färbung nach Weigert und mit Thionin ergab sich, dass die Massen aus Schleim bestanden. R. erklärt sich das Zustandekommen der Membranen aus einer Stauung des vermehrten Sekretes der Becherzellen im Dickdarm in Folge starker Obstipation. Sekundär kommt es leicht zu Entzündungen der Mucosa.

2) Ein 14jähr. Junge erkrankte mit heftigen Kopfschmerzen und Drüsenschwellungen am Halse. Exstirpation der linken Halsdrüsen. Bei der Aufnahme starke Drüsenschwellung beiderseits am Halse. Linke Pupille wesentlich enger, als die rechte. Augenbewegungen, Pupillenreaktion normal. Am Kehlkopf linkseitige Posticus- und Internuslähmung. Exstirpation der rechten Halsdrüsen. Bald darauf Lähmung des linken Abducens. Strabismus convergens. Schwäche im linken Trochlearis. Starke Zunahme der Kopfschmerzen. Links geringer Exophthalmus. Pupillenreaktion links nur noch angedeutet. Links Neuroretinitis. Tod.

Die *Sektion* ergab einen Tumor des Keilbeins und Metastase im hinteren Theile der linken Orbita (Sarkom). Aus der Beobachtung geht hervor, dass Keilbeintumoren auch halbseitige Symptome machen können.

Brückner (Dresden).

60. **A case of tumor of the optic thalamus**; by Dr. Wharton Sinkler, Philadelphia. (University Med. Magazine VI. Oct. 1. 1893.)

Eine 46jähr., bis dahin stets gesunde Dame zeigte sich ohne für die Angehörigen erklärliche Ursache theilnahmelos, klagte über Müdigkeit, ging dabei aber viel herum, angeblich um ihre Füsse zu stärken, schlief und ass sehr viel. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab normale Augen (die Pat. las nur auffallend langsam), die gynäkologische Untersuchung ein kleines Uterusfibrom. Vieles sprach für Hysterie, eine Diagnose, die auch die 3 Aerzte für die wahrscheinliche hielten. Bald darauf trat rechtseitige Facialisparese mit geringer Aphasie und Parese des rechten Armes und Beines auf, sonst durchaus keine Störung. Nach kurzer Zeit starb die Kr. Bei der *Sektion* fand man ein hühnereigrosses Fibrogliom am linken Thalamus opticus mit gleichmässiger Ausbreitung nach allen Richtungen. Die Angehörigen der Pat. hatten während deren Krankheit von Operation am Gehirn bei Gehirnleiden gehört und schlugen eine Operation der sonst ganz gesund aussehenden Pat. vor. Die Sektion zeigte, wie gut es war, dass die Aerzte von jedem Versuche abgerathen hatten.

Lamhofer (Leipzig).

61. **Observation de paralysie glosso-laryngée pseudo-bulbaire avec autopsie**; par le Dr. J. Sacaze. (Revue de Méd. XIII. 9. p. 841. Sept. 1893.)

Das Vorkommen cerebraler Lähmungen der Lippen und der Zunge ist zuerst von Lépine dargelegt worden. Oppenheim und Siemerling bezweifelten es und nahmen die gleichzeitige Existenz bulbärer Störungen an. Durch Beobachtungen von Garel und Dor, Dejerine, durch die Experimente von Horsley und Semon ist die Möglichkeit cerebraler Kehlkopflähmungen erwiesen. S. verfügt über folgende Beobachtung, bei der die Centra der Lippen, Zungen- und Kehlkopfmuskeln gleichzeitig betroffen waren, die also an progressive Bulbärparalyse erinnerte.

62jähr. Mann. Vor 3 Jahren linkseitige Hemiplegie mit Sprachstörungen. Vierzehn Tage vor der Aufnahme 3 schwächere Anfälle. *Status:* Kleiner, abgemagerter Mann. Kopfbewegungen etwas steif. Die Stirn wurde gerunzelt. Augenbewegungen normal. Patient konnte nur mit Mühe wenige Laute von sich geben (a, pa). Bewegungen der Zunge stark beschränkt. Weicher Gaumen schlaff. Laryngoskopische Untersuchung unmöglich. Auf Anfragen versuchte Pat. zu antworten. Schlucken sehr erschwert. Gesicht schwach (einseitige Hornhautnarbe). Gehör und Geschmack gut. Sensibilität erhalten. Mässige Contrakturen und choreatische Bewegungen in den linken Gliedern. Buchstaben vermochte Pat. nachzuzeichnen, Worte und Sätze spontan zu schreiben. Pat. ging mit kleinen Schritten, die linke Seite etwas nach vorn schiebend. 2 Monate nach der Aufnahme erfolgte der Tod.

Sektion: Atherom der basalen Hirnarterien. In den oberen Theilen des äusseren Abschnittes des Linsenkerns rechts ein alter Erweichungsherd. Dieser nahm noch die benachbarten Züge der inneren Kapsel fast bis zum Seitenventrikel hin ein. In der linken Hemisphäre zwei jüngere Erweichungsherde, einer, der den hinteren Theil des vorderen Abschnittes der inneren Kapsel, den Nucleus caudatus und lenticularis einnahm, und ein

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

zweiter im hinteren oberen Theile des Thalamus opticus. Die Kerne in der Medulla oblongata verhielten sich normal. Brückner (Dresden).

62. **Ein Fall von Friedreich'scher Krankheit**; von Dr. M. A. Lunz. (Deutsche med. Wochenschr. XIX. 33. 1893.)

13jähr. Knabe. Mutter nervös. Ein Bruder und ein Vetter litten an ähnlichen Erscheinungen wie der Kr. 3 weitere Geschwister waren gesund. Am Ende des 2. Lebensjahres Masern. Danach unsicherer Gang, unregelmässige Bewegungen, Störungen der Sprache. *Status praesens:* Schwächlicher Knabe mit melancholischer Gemüthsstimmung. Klagte über Kopfschmerz und Schwindel. Augen normal, kein Nystagmus. Uebrige Sinne ohne Besonderheiten. Sprache schwerfällig, scandirend. Klonische, choreaartige Bewegungen des Kopfes und der Extremitäten. Motorische Kraft der Arme nicht herabgesetzt. Ataxie der Arme und Beine. Tabetico-cerebellarer Gang. Geringe Herabsetzung der Sensibilität an den Beinen. Patellarreflexe geschwunden. Plantarreflex geschwächt. Die übrigen Reflexe normal. Keine Sphinkterenstörung, keine trophischen Störungen und keine Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit.

Zum klassischen Bilde der Friedreich'schen Krankheit fehlte nur der Nystagmus, welchen auch Erb und Gowers bei einigen ihrer Kranken vermissten. Gegen die Annahme einer Tabes (auf luetischer Basis) sprachen das Fehlen vererbter Syphilis, der frühzeitige Beginn des Leidens, die Abwesenheit von Pupillenstörungen. Gegen hereditäre, disseminirte Sklerose sprachen vor Allem die Ataxie der oberen Extremitäten und das Fehlen der Patellarreflexe. Kleinhirntumoren kamen bei der Differentialdiagnose kaum in Betracht. Zum Schluss beschreibt L. kurz die bis jetzt bei der Friedreich'schen Krankheit gefundenen pathologisch-anatomischen Veränderungen.

Brückner (Dresden).

63. **Friedreich's Ataxia**; by J. W. Anderson. (Glasgow med. Journ. XL. 3. p. 168. Sept. 1893.)

1) 12jähr. Knabe. Ein Bruder litt an Kinderlähmung, eine Schwester an der gleichen Krankheit wie Patient, der von Geburt an schwach und körperlich wenig entwickelt war. Intelligenz seinem Alter und seinen Verhältnissen entsprechend. Strabismus convergens sin., Nystagmus. Spastisch-ataktischer Gang. Pes varus. Ataxie der Arme, kein Romberg'sches Symptom, kein Schwindel. Kniephänomen schwach. Geringer Grad von Athetose. Choreatische Bewegungen des Kopfes und der Gesichtsmuskeln. Sprache langsam. Sensibilität normal. Keine Sphinkterenstörung.

2) 12jähr. Mädchen, Schwester des Vorigen. Guter Ernährungzustand. Vor 2 Jahren Masern. Im Anschlusse an diese Krankheit Entwickelung eines unsicheren Ganges. Objektiv genau dieselben Symptome wie beim Bruder, nur schwächer ausgeprägt.

Brückner (Dresden).

64. **Ein Fall von Erkrankung des Schultergelenkes bei Gliomatose des Rückenmarks**; von Prof. E. Sonnenburg. (Berl. klin. Wochenschr. XXX. 48. 1893.)

Vf. weist auf die grosse Aehnlichkeit zwischen den tabischen und den gliomatösen Gelenkerkrankungen hin. In beiden Fällen handele es sich um eine direkte Wirkung der spinalen Erkrankung.

In dem beschriebenen Falle war der Humeruskopf fast ganz atrophisch geworden. Möbius.

65. **Ueber die Lokalisation der spinalen Hautreflexe der Unterextremitäten**; von Dr. E. Remak. (Neurol. Centr.-Bl. XII. 15. 1893.)

R. stellte einen 4jähr. Knaben vor, bei dem eine Brustmarkmyelitis unbekannter Ursache bestand. Schlaffe Paraplegie, Anästhesie bis zum Epigastrium, unwillkürliche Harnentleerung, Steigerung der Sehnenreflexe. Deutliche Steigerung der Hautreflexe an den Beinen. Besonders machte R. auf einen Streckreflex, den er *Femoralreflex* nennt, aufmerksam. „Wenn man nämlich in einer Zone, welche nach oben durch die Inguinalbeuge, medianwärts durch die Adduktorengruppe, lateralwärts durch die Mittellinie des Rectus femoris und nach unten durch die Mitte des Oberschenkels begrenzt wird, leicht mit dem Nadelkopf streicht oder mit dem kalten Reagenzglas berührt, so beugen sich zunächst die 3 ersten Zehen plantarwärts. Zugleich kommt es weiter zu einer Plantarflexion des Fusses durch Contraktion des Tibialis posticus und der Achillessehne und dann, namentlich wenn der Strich am medialen Rand des Rectus femoris geführt wird, zu einer langsamen Streckung des Kniegelenks durch Contraktion des Extensor quadriceps."

Möbius.

66. **Ueber multiple Neuritis und akute aufsteigende Paralyse nach Influenza**; von E. Leyden. (Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 1 u. 2. p. 1. 1894.)

Im 1. Falle L.'s erkrankte eine 46jähr. Wirthschafterin während einer Influenza-Epidemie nach allgemeinem Unwohlsein an Kopfschmerzen, Mattigkeit und Sehstörungen. Dann traten Schmerzen in den Gliedern ein und diese schwollen an. Man fand Albuminurie und hämorrhagische Retinitis. Bald auch grosse Druckempfindlichkeit, deutliche Lähmungen, abnorme elektrische Reaktion. Unregelmässiger Verlauf mit wiederkehrenden Fieberschwankungen. Nach etwa 2 Monaten Genesung.

L. betont das starke Oedem; es sei nicht auf die Nephritis, sondern auf die Neuritis zu beziehen. Das gelte auch von der Neuroretinitis. Die „unregelmässigen, durch keine vorangehende Schädlichkeit bedingten Recrudescenzen, welche sich mit Fieber (Schüttelfrost) einleiten", seien in gewissem Grade für die Influenza charakteristisch.

Im 2. Falle handelte es sich um ein 27jähr. Mädchen, das nach der Influenza, die mehrmals wiederkehrte, schwach blieb, mehrere Monate später an Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Parästhesien in den Fingern erkrankte. Danach Fieber, rasch eintretende Lähmung aller Glieder, Stimmlosigkeit. Man fand mässige Druckempfindlichkeit, hier und da Hypästhesie, Fehlen der Sehnenreflexe, Lähmung der Blase und des Darms, fast vollständige Lähmung der Glieder und des Rumpfes, Lähmung des linken, Parese des rechten Stimmbandes, Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, starkes Schwitzen. Nach einigen Tagen Störungen der Athmung, Paresen der Augenmuskeln. Collaps, Tod.

Ausser Hypertrophie des Herzens, Hyperämie der Nieren und der Milz, Bronchopneumonie fand man bei mikroskopischer Untersuchung Entartung der NN. peronaei, radiales, recurrentes und Veränderungen im Rückenmarke. Diese bestanden hauptsächlich in Anschwellung eines Theiles der Achsencylinder und Markscheiden. Sie waren am stärksten in den Seitensträngen des Brustmarkes, gering im Halsmarke, fehlten in der Oblongata. Ausserdem waren die Ganglienzellen der Vorderhörner gequollen, rundlich, trübe.

L. bespricht die Mittheilungen über das Syndrom der „Landry'schen Lähmung" und die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Verwirrung, die in ihnen herrscht. Nach seiner Auffassung kommen 2 verschiedene Zustände in Betracht. Ein Theil der Fälle stellt Herderkrankungen der Oblongata dar. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um multiple Neuritis, an die „sich ein parenchymatöser ödematös-entzündlicher Process im Rückenmark anschliesst". Der letztere bewirke durch Ausbreitung auf die Oblongata den Tod. Möbius.

67. **Ueber einen Fall von multipler Neuritis nach chronischer Arsenvergiftung**; von Prof. F. Jolly. (Charité-Annalen XVIII. p. 642. 1893.)

Eine 57jähr. Frau erkrankte ohne bekannte Ursache an Schmerzen und Schwerbeweglichkeit der Hände, später auch der Füsse. Allmählich entwickelte sich das Bild der Arsen-Neuritis: Lähmung und Anästhesie mit Schmerzen an den Endgliedern, stärkere Schädigung der Streckmuskeln, Entartungsreaktion, glossy skin. Dazu kamen starke Auftreibungen der Gelenke. Langsamer Verlauf. Nach 1 Jahre allmähliche Besserung.

Lange gelang es nicht, die Quelle der Vergiftung zu entdecken. Endlich fand man unter den Habseligkeiten der Kr. eine halboffene Düte mit grünem Pulver, das sich als Schweinfurter Grün erwies. Das Pulver war vor 10 J. zur Vertreibung der „Schwaben" angeschafft worden und offenbar waren durch Schütteln bei Umzügen u. s. w. die Wäsche und andere Kleidungstücke der Kr. eingestäubt worden. Möbius.

68. **Two exceptional cases of peripheral Neuritis, one septicaemic, the other due to lead and presenting unilateral faucial paralysis and other rare symptoms**; by W. Hale White. (Transact. of the clin. soc. of London XXVI. p. 143. 1893.)

Im 2. Falle W.'s trat bei einem Bleiarbeiter akut multiple Neuritis mit lebhaften Schmerzen, Druckempfindlichkeit, Gelenkschwellungen auf. Auch die NN. optici waren ergriffen. Das Kniephänomen war lebhaft. Parästhesien und Hypästhesie waren vorhanden.

Der chronische Verlauf zeichnete sich durch Schwankungen aus, an der einen Stelle Besserung, an der anderen neue Symptome. So trat auch Lähmung des rechten Gaumens ein derart, dass der hintere Pfeiler der Mittellinie viel näher stand als links. Beim A-Sagen näherten sich die Pfeiler von rechts und links der gerade stehenden Uvula, aber der linke kehrte in die Ausgangstellung zurück, der rechte sehr wenig. Dabei heftige Schmerzen im Schlunde. Später wurde Alles wieder normal. Möbius.

69. **Zwei Fälle von Lähmung des Halssympathicus bei Hemiplegie**; von Dr. Heyse. (Charité-Annalen XVIII. p. 132. 1893.)

I. Bei einer 67jähr. Frau mit Schrumpfniere trat unter starkem Insulte rechtseitige Hemiplegie mit Aphasie und Hemianästhesie ein. Zugleich entwickelten sich links die Zeichen einer Lähmung des Halssympathicus. Diese waren am 12. Tage am deutlichsten, gingen dann zurück und waren nach 6 Wochen verschwunden. Auch die rechtseitigen Erscheinungen waren zum Theil zurückgegangen, doch bestanden am paretischen Arme starke Ernährungstörungen (Arthropathie, vasomotorische Erscheinungen).

II. Eine 38jähr. Näherin mit rechtseitiger Hemiparese zeigte links die Symptome der Lähmung des Halssympathicus, unter denen das Zurücksinken des Bulbus besonders ausgeprägt war. Zugleich bestand links Facialislähmung ohne Entartungsreaktion. Während einer Schmierkur gingen alle Symptome deutlich zurück. Möbius.

70. **Note à propos de la paralysie traumatique par compression du plexus sacré pendant l'accouchement**; par le Dr. Adenot. (Lyon méd. XXV. 43. Oct. 22. 1893.)

Bei einer 39jähr. Erstgebärenden mit einer Conjugata von 11.5 traten während der Geburt heftige Schmerzen und Crampi im linken Beine auf. Die Geburt wurde durch Anlegung der Zange beendigt. Der Kopf des Kindes war gross (36 cm) und hart. Die Schmerzen liessen nach, dauerten aber an und als die Frau nach 14 Tagen aufstehen wollte, knickte das linke Bein zusammen. Sowohl die Streckmuskeln als die Beugemuskeln besonders des Unterschenkels waren paretisch, oberhalb und unterhalb des Knies war das linke Bein um 2 cm dünner als das rechte. Allmähliche Besserung. Möbius.

71. **Aus der chirurgischen Abtheilung des Herrn Dr. G. Fischer im Stadtkrankenhause zu Hannover**; von Dr. H. Traumann. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 161. 167. 1893.)

I. *Schussverletzung des N. vagus unter der Schädelbasis.*

Ein 30jähr. Arbeiter hatte sich mit einem 7 mm-Revolver in den Mund geschossen. Am 12. Tage fand man Lähmung der rechten Gaumenhälfte, ohne Verminderung der Empfindlichkeit, heisere Stimme und rechtseitige Stimmbandlähmung, gute Beweglichkeit der Epiglottis und Empfindlichkeit des Kehlkopfes, normale Athmung (20) und beschleunigte Herzthätigkeit (90 bis 120 Schläge in der Ruhe, 180 nach Laufen).

Das Geschoss musste den N. vagus in der Nähe des Foramen jugulare getroffen haben, unterhalb des Abganges des N. laryng. superior. Für die Gaumenlähmung macht Vf. eine direkte Verletzung der NN. palatini verantwortlich.

II. *Stichverletzung des N. hypoglossus und N. accessorius Will. unter der Schädelbasis.*

Ein 23jähr. Mann hatte Messerstiche in Hals und Rücken erhalten und war sofort heiser geworden. Unter dem rechten Gehörgange eine Wunde, in die die Sonde 5.5 cm weit eindrang. Blutspucken. In den ersten Tagen Schluckpneumonie rechts. In der 4. Woche fand man: Lähmung und Schwund der rechten Zungenhälfte ohne jede Störung der Empfindlichkeit oder des Geschmackes, Schwund der Unterzungenbeinmuskeln, Lähmung und Schwund der MM. cucullaris und sternocleidomast. rechts. Lähmung des rechten Stimmbandes bei normaler Empfindlichkeit, Schiefstand der Epiglottis von links oben nach rechts unten, Lähmung der rechten Gaumen- und Schlundhälfte (Verschiebung der Rachenwand nach links).

Vf. bemerkt, dass beim Herausstrecken die Zunge sich nach rechts krümmte, dass aber die Spitze durch Faradisation der linken Zungenmuskeln gerade gestellt wurde. Beim Zurückziehen war die Zunge nach links gekrümmt. Auffallend war eine starke Wölbung des Zungengrundes nach hinten, besonders rechts, wodurch die Epiglottis nach hinten unten gedrängt und schief gestellt wurde. Möbius.

72. **Aetiologisches und Symptomatologisches zur Lehre von der propressiven Paralyse der Frauen**; von Dr. A. Westphal. (Charité-Annalen XVIII. p. 719. 1893.)

W. setzt die Untersuchungen Siemerling's (Jahrbb. CCXIX. p. 193) fort. Er hat unter 148 an Paralyse leidenden weiblichen Kranken der

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Charité in Berlin 11 mit sicherer, 48 mit wahrscheinlicher Syphilis gefunden. Da bei 59 Kr. überhaupt keine Angaben über die Ursache vorlagen, erhält man also 66% sicherer und wahrscheinlicher Syphilis. Wahrscheinliche Syphilis nimmt W. an bei wiederholten Fehl- und Todtgeburten, Syphilis des Mannes, früheren syphilisverdächtigen Krankheiten (Hautkrankheiten, Iritis u. s. w.). [Siemerling hatte unter 126 Kr. nur 14 mit Syphilis gefunden, Aborte nicht berücksichtigt.] Heredität wurde in 8 Fällen gefunden, Alkoholismus in 5, Elend und Kummer in 6. Ausserdem wurden beschuldigt das Puerperium 1mal, das Klimakterium 8mal, Verletzungen 2mal.

Unter den 148 Kr. waren 36 mit erhaltener Pupillenreaktion, 74 mit fehlender Reaktion [wohl reflektorische Pupillenstarre], 38 mit träger oder minimaler Reaktion, 53 mit Ungleichheit der Pupillen, 6 mit Opticusatrophie, 8 mit Augenmuskellähmungen. Das Kniephänomen war 35mal erhalten, fehlte 31mal beiderseits, 3mal auf einer Seite, war gesteigert 70mal, herabgesetzt 3mal. Reflektorische Pupillenstarre bestand zusammen mit Fehlen des Kniephänomens 22mal, mit Steigerung 33mal, beide Symptome fehlten 20mal, bei erhaltener Pupillenreaktion war das Kniephänomen verloren 12mal, gesteigert 37mal.

Meist handelte es sich um einfache Demenz. Die älteste Kr. war 66 J. alt, die jüngste 15, die meisten Kranken standen im 4. Jahrzehnt.

Die Krankengeschichte der jüngsten Paralytica ist sehr interessant.

Der Vater der Kr. war ermordet worden, die Mutter sollte gesund sein, eine Schwester, ein Onkel und eine Tante galten für geistesschwach.

Die Kr. hatte im 2. und im 12. Jahre an Hautausschlägen (rothen Pickeln) gelitten. Sie hatte in der Schule gut gelernt und war vom 8. bis zum 12. Jahre im Circus Renz beschäftigt worden. Vor 3 Jahren waren stechende Schmerzen in den Beinen aufgetreten, vor 6 Mon. Sehschwäche, vor einigen Wochen Aengstlichkeit und Wahnvorstellungen.

Die Kr. war gut entwickelt, ihr Hymen unverletzt, das Kniephänomen fehlte. Die Papillen waren atrophisch, die Pupillen starr und ungleich. Geringe paralytische Sprachstörung. Deutliche Demenz: viele hypochondrische und Versündigungs-Vorstellungen. Immer wieder behauptete die Kr., sie habe im Circus geschlechtlichen Verkehr gehabt und sei mit Syphilis angesteckt worden.

Weiterhin lebhafte Hallucinationen mit Erregung. Zunehmende Demenz, paralytische Anfälle, taumelnder Gang und Schwäche der Beine. Nach 11 Mon. Tod im Status epilepticus.

Die *Sektion* ergab am Gehirn die gewöhnlichen Veränderungen der Paralyse und Entartung der Hinterstränge und der Seitenstränge im Rückenmarke (genaue Untersuchung). Kein Zeichen von Lues.

Bald nach dem Tode der Kranken wurde ihre Mutter mit progressiver Paralyse in die Charité gebracht!

Möbius.

73. **Die Epilepsia tarda**; von E. Mendel. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 45. 1893.)

M. hat unter 904 an „genuiner" Epilepsie Leidenden 555 männliche, 349 weibliche gefunden. Bei 752 war die Krankheit vor dem 30. Jahre aufgetreten, bei 99 zwischen dem 30. und dem 40., bei 15 zwischen dem 40. und dem 50., bei 18 nach dem 50. und bei 3 von ihnen nach dem 60. Jahre. Als spät auftretende oder „tarde" Epilepsie will M. die Epilepsie nach dem 40. Jahre bezeichnen. Er betont das Vorwiegen des männlichen Geschlechts, das relativ häufige Vorkommen erblicher Belastung (etwa bei 1/4 der spät Erkrankten; besonders Epilepsie und Geisteskrankheit bei den Verwandten), die begreifliche Thatsache, dass das geistige Leben bei später Erkrankung weniger leidet als bei der im jugendlichen Alter. Im Wesentlichen war sonst zwischen den Fällen später und denen früher Erkrankung kein Unterschied. [Bei der Ungewissheit über die „genuine" Epilepsie und ihre Unterscheidung von anderen Formen müssen wir wohl alle statistischen Angaben mit Vorsicht betrachten.] Möbius.

74. **Epilepsie parasyphilitique**; par le prof. A. Fournier. (Revue neurol. I. 22. 1893.)

Man beobachtet bei Syphilitischen eine Form der Epilepsie, die nichts mit der sogen. syphilitischen Epilepsie zu thun hat. Sie tritt allein auf, ohne anderweite Hirnsymptome. Sie bleibt so durch unbegrenzte Zeit. Jod und Hg sind bei ihr ohne Wirkung, Bromsalze allein nützen. F. giebt ein Beispiel.

Ein 25jähr. Mann wird syphilitisch. Nach 9mon. Behandlung keine weiteren Symptome. Nach 20 J. tritt ohne jede Veranlassung ein grosser epileptischer Anfall auf. Ihm folgten in den nächsten 2 J. 3 andere; dazwischen einfache Schwindelanfälle. Im Weiteren traten besonders kleine Anfälle auf, etwa 18—20 im Jahre, bei denen der Kr. plötzlich blass und verstört wurde, das Gefühl des drohenden Bewusstseinsverlustes hatte, nur ja und nein sagen konnte, schliesslich in seinem traumhaften Zustande Glocken läuten hörte. Die Untersuchung ergab, abgesehen von der seit 11 J. bestehenden Epilepsie, bei dem 56jähr. Manne gar nichts. Hg und Jod waren ganz wirkungslos, trotz wiederholter und abgeänderter Anwendung. Bromkalium verminderte die Anfälle.

F. betont den anscheinend ursachlosen, plötzlichen Beginn der Krankheit. Zumeist kommt zuerst ein grosser Anfall, dann folgen seltene grosse, häufigere kleine Anfälle. Oft bleiben diese nach einigen Jahren allein übrig. Wiederholt zeigten sie sich als traumhafter Zustand ohne eigentliche Bewusstlosigkeit; ein Kranker fühlte sich stets von einem „tyrannischen" Gedanken überwältigt, immer demselben, und konnte nach dem Anfalle nie sagen, was für ein Gedanke es war. Die Kranken waren beim Beginne der Epilepsie fast immer relativ alt, 37—48 Jahre, befanden sich im 11. bis 21. Jahre nach der Infektion.

Die Beziehung der Epilepsie auf die Syphilis ergab sich für F. aus dem regelmässigen Vorausgehen dieser, aus dem Alter der Kranken, aus dem Fehlen jeder anderweiten Ursache, aus dem gelegentlichen Vorhandensein von Umständen, die auf Fortwirken der Syphilis deuteten. Ausführlich bespricht F. die Unterscheidung der hier

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

erörterten Erkrankung von den epileptischen Zufällen bei Hirnsyphilis (Fehlen der Jackson'schen Epilepsie, der anderweiten Hirnsymptome u. s. w.).

Vf. stellt durch den Namen und auch ausdrücklich die parasyphilitische Epilepsie mit der Tabes und der progressiven Paralyse zusammen. Freilich fehlt ihr der progressive Charakter, im Uebrigen aber dürfte die Analogie zutreffen.

Möbius.

75. **Ueber Akinesia algera**; von W. v. Bechterew. (Neurol. Centr.-Bl. XII. 15. p. 531. 1893.)

v. B. stellte der neurol. Gesellschaft in Kasan einen 23jähr. Soldaten vor. Der Kr. hatte als Knabe an Nachtwandeln gelitten. Vor 2 Jahren waren ihm die Füsse überfahren worden. Er war heftig erschrocken, hatte das Bewusstsein verloren nnd war 2 Wochen lang krank geblieben. Seitdem hatte sich die Krankheit entwickelt: Schmerzen in den Füssen, Mattigkeit, Unempfindlichkeit der Haut, trübe Stimmung, Schwindel.

Der Kr. konnte nur mit Mühe einige Schritte gehen, lag gewöhnlich. Alle aktiven und passiven Bewegungen erregten heftige Schmerzen in den Muskeln. Diese, sowie Periost und Sehnen waren auch gegen Druck äusserst empfindlich (Pulsbeschleunigung, Pupillenerweiterung). Die Sehnenreflexe waren bei der Aufnahme deutlich gesteigert (Fussphänomen); später nur Lebhaftigkeit des Kniephänomens. Anästhesie der ganzen Körperoberfläche, Einschränkung des Gesichtfeldes, starke Herabsetzung des Gehörs, Geruchs, Geschmackes. Schlechter Schlaf. Traurige Verstimmung. Beklemmung. Kopfschmerzen, Herzklopfen, allgemeine Schwäche.

Zwei ähnliche Kranke hat B. früher beobachtet. Der eine war ein Soldat, der wegen Schmerzen nur mühsam mit Krücken gehen konnte. In der Ruhe hörten die Schmerzen auf, aber die tiefen Theile waren sehr empfindlich, die Haut unempfindlich, das Kniephänomen gesteigert. Später lag der Kr. ganz zu Bett. Zuckungen der Beinmuskeln traten auf. Der Kr. lallte wie ein Kind, antwortete schliesslich nur mit einem Schnalzen. Nach dem durch eine Complikation herbeigeführten Tode wurde an Gehirn und Rückenmark keine Veränderung gefunden.

Der 3. Kr. war ein 21jähr. Rekrut, der über Kopfschmerz und Athemnoth klagte und erklärte, nicht gehen zu können. Es bestand auch hier Ueberempfindlichkeit der Muskeln und Knochen, Unempfindlichkeit der Haut. Die Beschwerden waren zuerst nach einer Erkältung aufgetreten.

B. ist der Ansicht, dass man es in diesen Fällen mit einer ganz besonderen nervösen Störung zu thun habe. Er betont die Hyperästhesie und Schmerzhaftigkeit der Muskulatur, der Gelenke und des Knochengerüstes im Allgemeinen, wodurch die Bewegungen des Patienten beeinträchtigt werden und dieser nicht selten in einen unbeweglichen Zustand gelangt. Gegen den *Ref.* ist B. der Ansicht, dass die Schmerzen nicht oder nicht ganz seelischen Ursprungs seien, weil die Schmerzreaktion der Pupillen und andere reflektorische Erscheinungen vorhanden sind [? *Ref.*]. Ueber die Beziehungen der Akinesia algera zur Hysterie und Hypochondrie sei vorläufig nichts Bestimmtes zu sagen. Möbius.

76. **Affaire Valrof, double tentative de meurtre; Somnambulisme allégué**; Rapport médico-légal par le prof. P. Brouardel, le Dr. Motet et le Dr. Paul Garnier. (Ann. d'Hyg. publ. et de méd. légale 3. S. XXIX. 6. p. 497. 1893.)

Ein 20jähr. erblich belasteter und verschrobener Mensch, der dabei körperliche Entartungzeichen darbot, hatte in der Nacht auf seine Dienstherrin einen Mordversuch gemacht und später behauptet, er habe die That im somnambulen Zustande begangen. In Uebereinstimmung mit den ersten Gutachtern kommen die drei genannten Obergutachter zu dem Schlusse, dass diese Behauptung des Angeklagten nicht zutreffen könne. Es wäre zu weitgehend, die vielen Einzelheiten der interessanten Beweisführung hier zu besprechen; es sei nur erwähnt, dass V. wahrscheinlich im 10. Jahre nur einige ganz kurze Anfälle von Nachtwandeln gehabt hatte, dass er aber bei seiner That in einer so complicirten Weise vorgegangen war und, beim angeblichen Erwachen, so wenig Ueberraschung über die Situation gezeigt hatte, dass dies mit den bei Somnambulen nachgewiesenen Erfahrungen in Widerspruch steht. Hauptsächlich diese Umstände, die genaue kritische Abwägung aller das Verbrechen begleitenden zahlreichen Nebenumstände und eine strenge 3monatige Beobachtung, die keinen somnambulen Zustand nachwies, stützen das Gutachten, in Folge dessen V. verurtheilt wurde.

Lührmann (Dresden).

77. **Ueber einige pathologische Schlafzustände**; von Dr. K. Dehio. (Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 22. 1893.)

Während vereinzelte Anfälle von Einschlafen bisher ganz spärlich beobachtet wurden, sind solche Zustände jetzt bei der Hysterie sehr wohl bekannt; sie schliessen sich entweder an voraufgegangene Krampfanfälle an, oder treten auch selbständig auf. Etwas Aehnliches findet man manchmal bei epileptischen Personen. Hierfür liefert D. einen Beitrag. Eine epileptisch-blödsinnige Kr., deren Geschichte ausführlich mitgetheilt wird, wurde, ohne dass ein Krampfanfall unmittelbar voraufgegangen war, von einem 6 Tage währenden Schlafzustande befallen. Während der Dauer dieses Schlafes trat kein Krampfanfall auf und ausserdem fiel die Schlafperiode in ein anfallfreies Intervall von der (bei dieser Kranken) ungewöhnlich langen Dauer von 11 Tagen. D. zieht daraus den Schluss, dass der protrahirte Schlaf in diesem Falle als Acquivalent eines Krampfanfalles oder richtiger einer Anfallserie aufzufassen sei. Lührmann (Dresden).

78. **Du traitement chirurgical et médico-pédagogique des enfants idiots et arriérés**; par Bourneville. (Progrès méd. 2. S. XVII. 25. 1893.)

Entgegen den Behauptungen einiger Chirurgen, besonders Lannelongue gegenüber, führt B. aus, dass die chirurgische Behandlung der Idiotie durch die Craniektomie nichts verspreche und zwecklos sei, weil sie auf falschen pathologisch-anatomischen Voraussetzungen beruhe. Wie B. nämlich an einer grossen Untersuchungsreihe feststellt, existirt in Wirklichkeit die behauptete zu frühzeitige Vereinigung der Schädelnähte, die durch die Craniektomie gehoben werden soll, bei den verschiedenen Formen der Idiotie gar nicht und ferner sind die Veränderungen, die der Idiotie zu Grunde liegen, so schwere, dass sie unmöglich durch eine Operation zu beeinflussen sind. Die Methode, die allein solche Individuen zu bilden und sie manchmal noch erwerbsfähig zu machen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

vermag, ist ausschliesslich die pädagogische. Ihr Gang und ihre Wirksamkeit werden an einzelnen Beispielen erläutert. Lührmann (Dresden).

79. **Ueber das Verhalten der Tangentialfasern der Grosshirnrinde von Idioten**; von Dr. Otto Klinke. (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. XXV. 2. p. 450. 1893.)

Im Anschlusse an eine Arbeit von Vulpius, deren Ergebnisse bestätigt werden, hat der Vf. das Verhalten der Tangentialfasern bei pathologischen Zuständen geprüft und kommt dabei hauptsächlich zu dem Ergebnisse, dass im Alter eine geringe, bei Dementia senilis eine stärkere und bei der Dementia paralytica eine sehr starke Abnahme der Faserzahl eintreten kann. Besonders bei den Gehirnen von Idioten findet sich stets eine zu geringe Faserentwicklung; am auffälligsten betroffen sind in der Regel die Frontallappen, dann die Temporallappen. Die geringste Entwickelung im Vergleich zur Norm weisen von den verschiedenen Fasersystemen in der Regel die äusseren Tangentialfasern auf. Ebenso trifft der Faserrückgang im Alter und bei Dementia senilis die äusseren Fasern.

Lührmann (Dresden).

80. **Ein Fall von allgemeinem Hautemphysem**; von Dr. A. Kellner. (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. XXV. 2. p. 486. 1893.)

K. beschreibt ausführlich eine an progressiver Paralyse und Lungentuberkulose leidende Kr., die bei starker Unruhe und nach lautem Schreien plötzlich von einem sehr ausgedehnten, rasch sich ausbreitenden Hautemphysem befallen wurde. Nach ungefähr 3 Wochen war es wieder beseitigt. Aller Wahrscheinlichkeit nach war eine peripherisch sitzende Caverne, die durch alte pleuritische Verwachsungen mit der Brustwand zusammenhing, geplatzt und die Luft von da in's Gewebe ausgetreten. Die sehr schlaffen Hautdecken der abgemagerten Person begünstigten dabei das rasche Fortschreiten des Emphysems. Lührmann (Dresden).

81. **Das Vorkommen des Gaumenwulstes (Torus palatinus) im Irrenhause und bei geistig Gesunden**; von Dr. P. Näcke. (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. XXV. 2. p. 470. 1893.)

N. hat an 1449 Personen (darunter waren 427 Geistesgesunde) die Häufigkeit des Vorkommens des Gaumenwulstes (Verdickung der Gegend der Längsgaumennaht am harten Gaumen) festzustellen gesucht. Auf Grund seiner Beobachtungen unterscheidet er 1) den kielartigen, 2) den schmalen, 3) den hängenden oder stark vorspringenden, 4) den breiten und 5) den unregelmässig gestalteten Torus. Alle diese Formen lassen sich aber unter 2 Arten, den schmalen und den breiten Torus, zählen; als Grenze zwischen beiden ist die Breite von 10 mm angenommen.

Der Gaumenwulst wurde bei 21.9% aller Untersuchten nachgewiesen; er war bei Frauen häufiger, als bei Männern (sowohl bei Geistesgesunden, wie bei Geisteskranken) und nahm nach Ansicht N.'s an Häufigkeit von den Geistesgesunden nach den Geisteskranken und Verbrechern hin zu, parallel mit der zunehmenden Zahl der sogen. Degenerationzeichen, weshalb er, wie N. meint, in ihre Reihe gezählt werden kann. Auffallend häufig zeigte er sich bei breitem „mongoloidem" Gesicht und breitem Gaumen.

Ref. kann in manchen Punkten den Anschauungen N.'s nicht beipflichten. Denn wenn man auch den Fall setzt, dass die Untersuchung an den Geisteskranken mit hinreichend grosser Genauigkeit geschehen konnte, so ist doch entgegen N., das Zahlenverhältniss der torusbesitzenden Geisteskranken zu den Geistesgesunden (17.9 : 13.6% Männer und 23.0 : 22.7% Frauen) ein so geringes, dass daraus Schlussfolgerungen nicht wohl gezogen werden können. Ferner rangiren die gezählten 125 idiotischen Frauen (bei denen man hohe Zahlen voraussetzen musste) sogar hinter den geistesgesunden Frauen (17.6 : 22.7%). Endlich erscheint es auch zu weitgehend, als „Verbrecher" alle Personen einzurechnen, die „entweder als irr aus dem Strafhause zugeführt" werden oder *„in ihrem Leben irgend einmal mit dem Strafgesetz in Conflikt gerathen waren"*. Auf diese Weise fand N. bei 61 Verbrecherinnen 21mal, d. h. in 34.4%, den Gaumenwulst, während Kurella, allerdings bei anderem Rassenmateriale, ihn unter 153 geisteskranken Verbrechern 26mal, d. h. bei 17%, fand. Auffallend hoch dagegen ist die Zahl der torusbesitzenden Epileptiker = 32.9%.

Lührmann (Dresden).

82. **Du tremblement essentiel héréditaire et de ses rapports avec la dégénérescence mentale**; par Emile Hamaide. (Thèse de Paris 1893.)

Auf Grund von eigenen und mehreren in der Literatur niedergelegten Beobachtungen schliesst H. Folgendes: 1) Es kommen ohne Zweifel, allerdings selten, Fälle von *erblichem Tremor* vor, den man als *essentiellen* zu bezeichnen berechtigt ist, da neben ihm andere nervöse Störungen organischen und funktionellen Charakters auch bei sehr langer Beobachtung nicht gefunden wurden. 2) Dieses erbliche Zittern ist häufiger als man bisher glaubte. 3) Es pflanzt sich in der Familie ohne Abschwächung fort, ergreift aber nicht nothwendigerweise alle Mitglieder. 4) Es tritt zuerst in der Kindheit auf und nimmt mit dem Alter zu; hin und wieder zeigt es sich erst im vorgerückten Lebensalter. 5) Die Oscillationen folgen schnell aufeinander, fehlen in der Ruhe und werden bei absichtlichen Bewegungen nicht rascher. Das Zittern kann am Kopfe beginnen und dann die Glieder ergreifen; es kann die Lippen, die Lider und die Zunge in Mitleidenschaft ziehen. 6) Das hereditäre essentielle Zittern scheint eines der zahlreichen körperlichen Zeichen geistiger Entartung darzustellen. Lührmann (Dresden).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

83. **Essai sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis**; par Victor Chanson. (Thèse de Paris 1893.)

Im Anschlusse an die Lehre der Salpêtrière räumt Vf. der erblichen nervösen Belastung, und zwar im weitesten Sinne, für die Entstehung der progressiven Paralyse einen sehr breiten Raum ein. Die Syphilis spiele dabei die Rolle des agent provocateur. Nicht alle Paralytiker seien syphilitisch gewesen und das klinische Bild der syphilitischen und der nicht syphilitischen Paralysen zeige die nämlichen Züge.

Lührmann (Dresden).

84. **1) Zur Reform des Irrenwesens in Preussen**; von H. Laehr. (Deutsche med. Wochenschr. XIX. 34—38. 1893.)

2) Bericht über die von dem Vereine der Deutschen Irrenärzte in der Jahressitzung vom 25. Mai 1893 zu Frankfurt a. M. gepflogenen Verhandlungen und gefassten Beschlüsse: *I. Psychiatrie und Seelsorge;* Ref. Siemens. Corref. Zinn sen. *II. Zur Reform des Irrenwesens in Preussen und des Verfahrens in Entmündigungssachen wegen Geisteskrankheit;* Ref. Zinn sen. Corref. Pelman. (München 1893. J. F. Lehmann. 8. 115 S. 2 Mk.)

Seit einigen Jahren wird die Aufmerksamkeit in einem Grade auf das Irrenwesen hingelenkt, wie dies lange Zeit vordem nicht der Fall gewesen war. Sowohl einzelne Mitglieder der beiden preussischen Kammern, als auch die Presse haben neuerdings psychiatrische Angelegenheiten zur Sprache gebracht, bedauerlicher Weise indessen tragen ihre Erörterungen einen gehässigen Charakter und entbehren der nothwendigen Sachkenntniss auf diesem schwierigen Gebiete, sie gelten hauptsächlich dem in Preussen festgesetzten Verfahren der Aufnahme in eine Irrenanstalt und dem Verfahren in Entmündigungsachen wegen Geisteskrankheit. Was hat nun auf einmal diese Fragen, die doch für die betheiligten Sachverständigen in befriedigender Weise gelöst schienen, wieder anzuregen vermocht? Man sollte meinen, der Wunsch, die humanen Bestrebungen der Regierung und der Aerzte in der Irrenfürsorge zu unterstützen, aufzuklären und die von Alters her leider noch vielfach bestehende Voreingenommenheit gegen Irrenanstalten zu zerstreuen. Leider ist dies nicht der Fall. Ein Appell an das Misstrauen der in Vorurtheilen befangenen Menge war es, wie Laehr bemerkt, der das Interesse der Menschen mit einem Male wachrief und seitdem eine öffentliche Diskussion der ganzen Angelegenheit, und zwar nicht zum Vortheile der Sache, verursacht hat. Die Bewegung begann eigentlich mit dem Erscheinen eines Buches von einem gewissen Schröder (Das Recht im Irrenwesen). Pelman (Allg. Ztschr. f. Psychiatrie 1889) und Forel (Ztschr. f. schweiz. Strafrecht 1891) haben sich der Mühe unterzogen, den ganz unsinnigen Inhalt des Buches zu besprechen und zu kritisiren. Die Bewegung kam dann in Fluss durch die in 2 Sitzungen des preussischen Abgeordnetenhauses (am 16. März 1892 und am 10. März 1893) durch *Stöcker* öffentlich erhobene Anklage, dass in Preussen viele Fälle vorgekommen seien und vorkämen, in denen nichtgeisteskranke Personen auf Betreiben ihrer Familien auf Grund des Gutachtens irgend welcher Aerzte als geisteskrank in's Irrenhaus gesperrt und ungerechtfertigter Weise entmündigt worden seien, und ferner durch einen in der Kreuzzeitung vom 9. Juli 1892 veröffentlichten und mit vielen Namen theilweise bekannter Männer unterzeichneten „Aufruf", der behauptete, „.... dass auf keinem Gebiete unseres Rechtslebens dem Irrthum, der Willkür und der bösen Absicht ein solcher Spielraum gewährt sei, als auf dem der Irrseinserklärung ...., dass eine Anzahl von Fällen in den letzten Jahren an's Tageslicht gekommen sei, in welchen Leute, die nach der Auffassung weiter Kreise durchaus bei Verstand waren, für geisteskrank erklärt oder gar in's Irrenhaus gesperrt worden seien ...., dass die unschätzbaren Güter des Verstandes, der Rechtsfähigkeit und der Freiheit eines wirksameren Schutzes bedürften, als das freie Ermessen des Richters und das Gutachten des von ihm oder den Polizeibehörden beauftragten „Sachverständigen" .... ein solcher Schutz nur darin erblickt werden könne, dass hierbei nicht juristische und medicinische, sondern lediglich die praktischen Gesichtspunkte der erwiesenen Hülflosigkeit oder Gefährlichkeit ausschlaggebend sein dürfen und dass die Entscheidung über jede Entmündigung wegen Geisteskrankheit und über jede Internirung in einer Irrenanstalt in die Hand einer Commission unabhängiger Männer gelegt werde, die das Vertrauen ihrer Mitbürger geniessen." Es würde zu weit führen, hier die umfängliche und verdienstvolle Beweisführung zu wiederholen, durch die Zinn die leichtfertigen und grundlosen Behauptungen *Stöcker's* und Genossen widerlegt; es genüge hier anzuführen, dass von Jenen der Nachweis über eine widerrechtliche Aufnahme oder Zurückbehaltung eines Menschen in einer Irrenanstalt *nicht* erbracht worden ist. Ferner wird in überzeugender Weise dargethan, dass die bestehenden Vorschriften über die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten vollauf genügen und jede mögliche Sicherheit bieten; dass diese nicht nur nicht verschärft, sondern ohne jegliches Bedenken im Interesse der schnelleren Aufnahme von Kranken gemildert werden könnten und sollten. Ausser einem ärztlichen Zeugnisse ist nämlich jetzt in Preussen zu einer solchen erforderlich: Erstens Anzeige an die Polizeibehörde des Wohnortes des Kranken, ferner an die des Ortes, in deren Bezirk die Irrenanstalt gelegen ist, endlich an das Vormundschaftsgericht oder an den zuständigen Staatsanwalt. Laehr bringt eine

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Reihe von Beispielen bei, die zeigen, dass jetzt schon an verschiedenen Orten von jeglicher Erschwerung der Aufnahme in Irrenanstalten zum Heile der Kranken Abstand genommen wird, ohne dass sich bisher Uebelstände daraus entwickelt haben. Den praktischen Beweis für die Möglichkeit eines solchen Verfahrens ohne Schwierigkeiten hat jüngst die königl. sächsische Regierung erbracht (Verordnung vom 31. Juli 1893; Gesetz- und Verordnungsblatt 11. Stück), indem sie für die Aufnahme in eine Landes-Heil- und Pflegeanstalt nur ein Zeugniss eines approbirten Arztes und nur bei Aufnahme, bez. Beibehaltung „zu längerer Verpflegung" vormundschaftliche Zustimmung, im Falle bestehender väterlicher Gewalt väterliche Zustimmung erfordert.

Die „Laien-Commission" unabhängiger Männer, „die nicht nach *Fachkenntnissen* urtheilen, auch nicht durch medicinische Gutachten beeinflusst sind, sondern auf den *Augenschein* sehen", die jede Aufnahme und jede Entmündigung eines Geisteskranken „begutachten" sollen, ist endlich eine für jeden Verständigen so unsinnige Erfindung, dass sie bei vernünftigen Laien selber wohl Kopfschütteln erregen wird. Die Unangemessenheit und Undurchführbarkeit eines solchen Verlangens, gegen das wir uns im Interesse unserer Kranken energisch verwahren müssen, liegt zu deutlich auf der Hand, als dass näher darauf eingegangen zu werden brauchte.

Das Vorgehen des Herrn *Stöcker* wurde aber noch übertrumpft durch die Leistungen der Herren *von Bodelschwingh, Hafner, Knodt* und Genossen auf psychiatrischem Gebiete, die im „christlichen Rathgeber für Epileptische" und in den Conferenzen deutscher Irrenseelsorger niedergelegt worden sind. Man glaubt sich in's Mittelalter, in die Zeit der Hexenprocesse, Teufelsaustreibungen, in jene dunkle Zeit versetzt, als Geisteskranke geprügelt, verurtheilt, eingekerkert und verbrannt wurden, wenn man die „Lehre" der genannten Seelsorger vernimmt, *dass die dem Irresein zu Grunde liegende Krankheit auf den Begriff der Sünde und des Besessenseins zurückzuführen sei, dass der Irre dämonisch krank sei und für sein Thun und Lassen verantwortlich gemacht werden müsse.* Die traurigen Consequenzen, die diese Auffassung für die Behandlung der Geisteskranken haben muss, sind unschwer zu ziehen. Man weiss nicht, ob man sich mehr über die Unverfrorenheit oder Unwissenheit jener Geistlichen wundern soll, die dem grossartigen Fortschritte der Irrenheilkunde in diesem Jahrhundert feindlich und ablehnend gegenüberstehen.

Mit welchen Waffen aber die genannten Herren Geistlichen gegen uns fechten, zeige Folgendes mehr als alles Andere: In Nr. 24 der „Deutschen evang. Kirchenzeitung" vom 17. Juni 1893 hat Pastor *Stöcker* geschrieben: .... „und bedenkt man, dass Forel in einer Krankengeschichte erwähnt, wie mit einer Pat. von ihrem Arzte aus therapeutischen Gründen der Beischlaf ausgeübt worden ist, so kann man sich ernstlicher Besorgnisse für die in *geschlossenen Anstalten* untergebrachten Hilflosen kaum erwehren." Daraus entnimmt natürlich der Leser, dass ein Irrenarzt in einer geschlossenen Anstalt aus therapeutischen Gründen den Beischlaf mit einer seiner Pat. ausgeübt hat. Das dürfte nach bestehenden Gesetzen dem Arzte einige Jahre Zuchthaus einbringen. Was aber hat Forel thatsächlich von dieser Pat., offenbar einer hysterisch Verrückten, geschrieben? (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1886.) „Fräulein X., geb. 1852, hatte im 19. Lebensjahre unter Anderem am „Treiben und Drängen in den Genitalien" gelitten. „.... *Sie giebt an,* wohl 12 Aerzte consultirt zu haben, die ihr alle das Heiraten anempfohlen hätten, und fügt hinzu, einer derselben habe mit ihr (im 21. Altersjahre), aus therapeutischen Gründen, einige Male den Coitus ausgeübt. Es sei ihr noch gesagt worden, eine Schwangerschaft würde sie curiren. In ihrem 26. Lebensjahre, als es immer nicht besser wurde, fing sie nun mit einem jungen Manne ein Liebesverhältniss zu pflegen an, das bald von Gravidität gefolgt wurde u. s. w. .... Die Castration wurde Anfang Mai 1885 ausgeführt .... Kurz, sie musste am 26. Juli 1885 in die Heilanstalt Burghölzli verbracht werden." Somit kam das Mädchen erst 7 Jahre nach diesem Liebesverhältnisse und 12 Jahre nach dem angeblichen therapeutischen Coitus eines praktischen Arztes in die Irrenanstalt. Ferner handelt es sich um die Angaben einer Geisteskranken, Angaben, deren Wahrheit möglich, aber nichts weniger als bewiesen ist. Aus den Erzählungen einer Geisteskranken über eine, wenn sie wahr ist, freilich ebenso empörende, als einfältige und strafbare Handlung eines praktischen Arztes seiner (damals nur nervenkranken) Pat. gegenüber, construirt Herr *Stöcker* eine von Forel angegebene *Thatsache,* die auf *geschlossene Anstalten,* Irrenärzte und Geisteskranke bezogen wird.

Andererseits hat Herr *v. Bodelschwingh* in Erwiderung auf die Frankfurter Thesen des „Vereins deutscher Irrenärzte" später im „Dresdener Anzeiger" Nr. 217. 1893 schlankweg behauptet, dass ihm die obengenannte „Lehre" völlig fremd sei, dass er niemals eine solche aufgestellt, sondern, wie er beweisen könne, schriftlich und mündlich das Gegentheil ausgesprochen habe! Das ist ja einfach; si fecisti, nega! Zinn hat diese „Erklärung" *v. Bodelschwingh's,* die mit den Thatsachen in schroffem Widerspruche steht, im „Dresdener Anzeiger" Nr. 231. 1893 festgenagelt und ihre „Unrichtigkeit" nochmals nachgewiesen, dass *v. Bodelschwingh* darauf geantwortet hat, ist nicht bekannt geworden. Lührmann (Dresden).

VI. Innere Medicin.

85. **Ueber Erkrankungen der Speiseröhre.** (Vgl. Jahrbb. CCXXXVIII. p. 32.)

1) *Beiträge zur Oesophagoskopie;* von L. Löwe. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 12. 1893.)

2) *Spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre ohne Stenose der Kardia;* von Hölder. (Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte Nr. 1. 1893.)

3) *Ein neuer Dilatator zur Behandlung der Verengerungen der Speiseröhre;* von Schreiber. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 32. 1893.)

4) *Eine neue Sonde zur Dilatation von Strikturen;* von E. Reichmann in Elberfeld. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 33. 1893.)

Löwe (1) beschreibt ein neues Instrument zur *Untersuchung der Speiseröhre.*

Es besteht aus einem Metallring von 15 mm Weite und 10 mm Höhe, von dessen unterem Rande 4 Drahtstäbe von 9 cm Länge anfänglich in gerader Richtung abgehen, um sich schliesslich in einem mit Gummikappe versehenen Metallknopf zu vereinigen. Zur Abhaltung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

des Mund- und Pharyngealspeichels ist der Ring mit einer Weichgummikappe überdacht, die nur den vorderen Rand freilässt; hier befindet sich ein kantiger Dorn, der zur Befestigung eines Fadens dient, mit dem der Apparat zurückgezogen wird; das Instrument, das noch durch Gliederungen der Stäbe verbessert und verlängert werden kann, wird, nach Cocainisirung eingeführt, von den Kr. gut vertragen. Es gestattet einen Einblick bis in die Kardia.

Hölder (2) theilt einen Fall mit, in dem Jahre lang geringe Schlingbeschwerden bestanden und sich plötzlich ohne Ursache vergrösserten. Die Untersuchung liess auf eine Stenose der Kardia und Erweiterung der Speiseröhre schliessen, bei der Unmöglichkeit, den Kranken mit der Sonde zu ernähren, wurde von Czerny eine Magenfistel zweizeitig angelegt. Nach 14 Tagen starb der Kr. trotz günstigen Operationsverlaufes an eiteriger Parotitis. Die Obduktion ergab eine colossale Erweiterung des Oesophagus oberhalb der Kardia ohne irgend welche Striktur oder sonstige Veränderung der Kardia. Der Oesophagus selbst war oberhalb der Erweiterung schlangenförmig gewunden. Ausserdem hatte der Kranke merkwürdiger Weise 5 Magengeschwüre!

Zur *Erweiterung von Speiseröhrenverengerungen* werden gleichzeitig 2 neue Instrumente, im Wesentlichen von demselben Principe ausgehend, angegeben.

Schreiber (3) befestigt an eine gewöhnliche, am Ende offene, starre Hohlsonde von dünnem Kaliber ein Gummirohr, das in eine widerstandsfähige, glatte, unten abgerundete Spitze von 2.5 mm Durchmesser, das Itinerarium, ausläuft. An das obere Ende der Sonde wird ein metallisches Ansatzrohr mit gut schliessendem Hahn gebracht, in das eine abnehmbare konische Spritze eingearbeitet ist. Die Sonde wird mit lauwarmem Wasser gefüllt und, wenn sie an der Stenose angelangt ist, der hydraulische Druck durch den Stempel langsam verstärkt. Dadurch wird der Dilatator erweitert und das Itinerarium sucht sich seinen Weg. Die Vorzüge des Instrumentes sollen darin beruhen, dass selbst bei ganz engen Stenosen die Erweiterung möglich ist, und dass die Erweiterung vom Centrum in die Peripherie sich entfaltet. Eine Gefahr durch zu starke Druckanwendung besteht nicht, platzt der Dilatator, so merken die Pat. nichts; man kann sogar den geplatzten Dilatator zum Einspritzen von Nahrung benutzen.

Reichmann (4) fügt an das Ende der Hohlsonde einen mehrfach durchbrochenen starren Cylinder, den er mit einem Kautschukmantel umgiebt. Die Erweiterung erfolgt hier durch Lufteinblasung vermittelst eines in das freie Sondenende geführten Doppelgebläses.

G. Honigmann (Wiesbaden).

86. Neuere Arbeiten über Physiologie und Pathologie des Magens und des Darms; Zusammenstellung von Dr. G. Honigmann in Wiesbaden. (Vgl. Jahrbb. CCXXXVIII. p. 33.)

Magen.

1) *Ueber die Verschiedenheit gewisser Aetzwirkungen auf lebendes und todtes Magengewebe;* von Harnack. (Berl. klin. Wchnschr. XXIX. 35. 1892.)

2) *Ein Beitrag zur Kenntniss des Hungergefühls;* von H. Schlesinger. III. med. Klinik, *Schrötter* in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 31. 1893.)

3) *Ueber Fibrin-Jodkali-Päckchen;* von Günzburg. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 17. 1893.)

4) *Epikritische Bemerkungen zur Deutung des Salzsäurebefundes im Mageninhalt;* von G. Honigmann. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 15. 16. 1893.)

5) *Ueber das Vorkommen von Ammoniak im Mageninhalt und die Beeinflussung der neueren Salzsäurebestimmungsmethoden durch dasselbe;* von Strauss. Augusta-Hospital, Abtheilung des Prof. *Ewald.* (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 17. 1893.)

6) *Bemerkungen über den Werth der Salzsäurebestimmungen im Mageninhalt;* von C. v. Noorden. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 19. 1893.)

7) *Ein Wort zu v. Noorden's vorstehenden Bemerkungen;* von Ewald. (Ebenda.)

8) *Zur Bestimmung der freien und gebundenen Salzsäure im Magensaft;* von Tschlenoff. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXII. 23. 1892.)

9) *Some simple methods for the analysis of the gastric contents;* by A. Lockhart Gillespie. (Internat. med. magazine Oct. 1893.)

10) *Methods of precision in the investigation of disorders of digestion;* by J. H. Kellog. (Read before the Missisippi Valley medical association. Michigan. Battle Creek 1893.)

11) *Diagnostic de l'hypersécretion avec hyperchlorhydrie à la période avancée de la maladie;* par A. Mathieu. (Gaz. des Hôp. LXVI. 71. 1893.)

12) *Beitrag zur Kenntniss des Verhaltens der HCl zu den Eiweisskörpern in Bezug auf die chemische Untersuchung des Magensaftes;* von L. Sansoni. (Berl. klin. Wchnschr. XXIX. 42. 43. 1892.)

13) *Contributo alla conoscenza del modo di compotarsi dell'acido cloridrico con gli albuminoidi in rapporto all'esame chimico del succo gastrico;* per L. Sansoni. (Rif. med. IX. 53. 1893.)

14) *Contribution à l'étude du chimisme stomacal chez les nourrissons;* par A. Clopatt, Helsingfors. (Revue de Méd. XII. 4. p. 249. 1893.)

15) *La secrezione dello stomaco del Succi il degiunatore;* per L. Sansoni. (Rif. med. IX. 136. 1893.)

16) *Einfluss einiger Arzneimittel auf die Salzsäureabscheidung des Magens;* von Leubuscher und Schaefer. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 46. 1892.)

17) *Morphium, Abstinenzerscheinungen und Magen;* von Hitzig. (Berl. klin. Wchnschr. XXIX. 49. 1892.)

18) *La pepsine et le ferment lab, l'appréciation du pouvoir digestif du liquide gastrique; les digestions artificielles;* par Bouveret. (Gaz. de Par. LXIV. 22. 1893.)

19) *Digestion and digestive ferments;* by Hunter. (New York med. Record XLIII. 5. p. 138. 1893.)

20) *Beiträge zur Diagnostik der Magenkrankheiten;* von Boas. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 17. 1893.)

21) *Ueber das Vorkommen und die diagnostische Bedeutung der Milchsäure im Mageninhalt;* von Boas. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 43. 1893.)

22) *Eine neue Methode der qualitativen und quantitativen Milchsäurebestimmung im Mageninhalt;* von Boas. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 39. 1893.)

23) *Ueber das Vorkommen von Schwefelwasserstoff im Magen;* von Boas. (Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 49. 1892.)

24) *Die Gasgährung im Magen des Menschen und ihre praktische Bedeutung;* von F. Kuhn. Med. Klinik in Giessen. (Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 49. 1892.)

25) *Weitere Beiträge zur motorischen Funktion des Magens nach Versuchen an Hunden mit Darmfisteln;* von Hirsch in Gleicherwiesen. (Centr.-Bl. f. klin. Med. XIV. 18. 1893.)

26) *Ueber die Funktion des Magens;* von v. Mering. (Verhandl. d. XII. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1893. Bergmann. — Therap. Monatsh. VII. 27. Mai 1893.)

27) *Zur Frage der Wasserresorption im Magen des Hundes;* von Hirsch. (Centr.-Bl. f. klin. Med. XIV. 29. 1893.)

28) *Ueber Resorption und Absorption im Magen und deren Beeinflussung durch Arzneimittel;* von J. Brandl. (Ztschr. f. Biol. XXIX. 3. p. 277. 1893.)

29) *Beiträge zur Lehre von der menschlichen Verdauung unter normalen und abnormen Verhältnissen;* von F. Penzoldt. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LI. 6. p. 535. 1893.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

30) *Recherches expérimentales sur l'absorption comparée de l'estomac et du rectum;* par Main. (Bull. gén. de Thér. LXII. 31; Mars 1893.)

31) *Influence de la fatigue sur la digestion stomacale;* par Salvioli. (Arch. ital. de Biol. XVII. 2. 1892.)

Von grossem Interesse für die *vitalen Eigenschaften der Magenzelle* ist die Beobachtung Harnack's (1).

Zum Zweck eines Vorlesungsversuches wurden einer wilden Katze während Chloroformnarkose 5.0 g reinen Phenols eingeführt, das Thier starb jedoch während der Narkose, so dass einem zweiten Kater dieselbe Menge Phenol beigebracht wurde. Die Narkose gelang. Das Thier zeigte die deutlichen Zeichen der Phenolvergiftung. Die Thiere wurden sofort hintereinander secirt. Während nun die während des Versuchs verendete Katze anstatt der Magenschleimhaut eine zähe strukturlose Schorfmasse, die stark nach Phenol roch, aufwies, waren bei der anderen Anätzungen und Schorfe nur im Oesophagus vorhanden. Die Magenschleimhaut selbst war nur sammtartig geschwollen und an einzelnen Stellen diffus hyperämisch.

Es zeigte sich also, dass das Phenol auf lebendes Eiweiss ganz anders wie auf todtes wirkt. So lange die Zellen der Schleimhaut lebendig sind, vermögen sie den Kampf mit starken Giften aufzunehmen. Ohne dabei an eine mystische Lebenskraft zu denken, muss man doch annehmen, dass den Magenzellen besondere Eigenschaften innewohnen, die sie gegen die Giftwirkung der Stoffe, welche sie resorbiren müssen, widerstandsfähig machen.

Eine allgemeine physiologische Bedeutung kommt gleichfalls den Untersuchungen H. Schlesinger's (2) zu. Im Anschluss an die Beobachtung eines Kranken mit starker Magenerweiterung, der trotz ausreichender Ernährung per rectum wüthendes *Hungergefühl* behielt, verfolgte er die Frage nach dem Sitz dieses Gefühls experimentell. Den Versuchspersonen wurden, sobald Hunger eintrat, nur Rectalklystiere gegeben. Der Hunger nahm dann nach einiger Zeit ab, verschwand aber nie völlig. Dies wurde erst dann erreicht, wenn der Magen gleichzeitig durch Cocain unempfindlich gemacht wurde. Die Anästhesirung allein genügte nicht. Schl. schliesst aus den Versuchen, die er ohne suggestive Beeinflussung durchgeführt zu haben glaubt, dass das Hungergefühl sich mindestens aus 2 Componenten zusammensetzt, einem centralen, das durch die Einfuhr von Nahrung befriedigt und einem peripherischen, welches seinen Sitz in den Nervenendigungen des Magens hat und durch dessen Füllung gestillt wird.

Die *Diagnostik* der Magenkrankheiten, speciell der Werth der chemischen Diagnostik, ist auch diesmal Gegenstand vieler Arbeiten. Vorerst sei einer Mittheilung Günzburg's (3) gedacht, welcher seine Fibrinjodkalium-Päckchen als einfachste diagnostische Methode noch einmal rühmt.

2—3 dg Jodkalium werden in sehr dünne vulkanisirte Kautschuk-Schläuche gebracht, deren Enden umgestülpt und mit Fibrinfäden fest verknotet. Im salzsäurehaltigen Magen löst sich das Fibrin auf und das in den Magen gelangende JK kann dann durch die üblichen Reaktionen im Harn oder Speichel nachgewiesen werden. Die Zeitdauer bis zum Nachweis kennzeichnet das Arbeitspensum des Magensaftes.

Die Untersuchungen G.'s und Anderer, die er citirt, ergeben bei normalem Verhalten des Magens Jodkalium nach 1—$1^1/_4$ Stunden; bei mehr als 5 Stunden Dauer muss man an eine chemische Insufficienz denken. Was dazwischen liegt, kann jedoch sowohl auf Hyperacidität, als auf Anacidität mit Gährungsvorgängen bezogen werden. Da G. selbst zugiebt, dass die Fabrikation der Päckchen schwierig ist, dass sie schnell unbrauchbar werden, so dürfte bei dieser Vieldeutigkeit der Ergebnisse seiner Methodik sich diese wohl kaum allgemeine Geltung verschaffen.

In der Besprechung der *Salzsäurefrage* kommt Honigmann (4) auf die von v. Noorden und ihm im Jahre 1887 veröffentlichten Untersuchungen zurück, welche seiner Zeit zum ersten Male erwiesen haben, dass beim negativen Ausfall der Farbstoffreaktionen nicht genug HCl zur Verdauung vorhanden ist und dass erst bei positivem auf normale Digestion im Magen zu schliessen sei. Während man den Werth der positiven Reaktionen jetzt allgemein anerkennt, hat man den quantitativen Nachweis der HCl beim Ausbleiben der Reaktionen für nothwendig erachtet und, wenn er gelang, den Schluss daraus gezogen, dass die Magenverdauung nicht gestört sei. Besonders vertrat Martius (siehe vorige Uebersicht) diesen Standpunkt. Auf Grund neuer Analysen, bei denen die HCl nach dem Martius-Lüttke'schen Verfahren bestimmt, zur Feststellung des Verhältnisses zwischen Pepton und HCl die Eiweissmenge in jedem Magensaft durch Kjeldal'sche N-Analyse eruirt wurde, zeigt H., dass die HCl, welche sich beim Ausbleiben der Farbreaktionen nach M.-L. berechnen lässt, in ihrer Gesammtheit keineswegs den Eiweisskörpern allein zu Gute komme, sondern zum grossen Theil anderweitig an abnorme Verdauungsprodukte, organische Basen und Salze, mit denen sie saure Verbindungen eingeht, „gebunden" werde. Einen Maassstab für die Quantität der für die Verdauung verwendbaren HCl hat man daher durch dieses quantitative Verfahren auch nicht, es zeigt nur, ebenso wie das Ausbleiben der Reaktionen an, dass zu wenig HCl da ist, sagt nicht mehr als dieses, weil ja ein absolutes Fehlen von HCl wohl kaum je vorkommen dürfte. Den Grad der HCl-Insufficienz bestimmt man viel besser durch Hinzufügen von titrirter $^1/_{10}$ HCl zum Magensaft, bis positive Congo- oder Günzburg'sche Reaktion eintritt. Der diagnostische Werth der Farbstoffreaktionen ist daher auch durch die „quantitativen" Methoden nicht gemindert und das Ideal der Forschung in dem quantitativ genauen Nachweis der HCl überhaupt nicht zu suchen. Die Martius'sche Methode giebt H. als relativ sehr brauchbar an, obwohl er auch in einer Anzahl Magensäften Ammoniumchlorid gefunden und durch die Milch-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

säurebestimmung in einem Falle, in dem $\frac{A}{a-b} = 1$ war, den Nachweis liefern konnte, dass die HCl-Werthe zu hoch berechnet werden.

Strauss (5) hat ebenfalls in 10 Fällen Ammoniumchlorid im Magensaft wahrnehmen können, was nach seiner Anschauung den Werth aller Methoden, in denen der Magensaft verdampft und geglüht wird, beeinträchtigt; nur das Leo'sche Verfahren würde dadurch nicht entwerthet, dafür sei es aus anderen Gründen bei Anwesenheit organischer Säuren schwer durchführbar. In der Ewald'schen Abtheilung wird die von Salkowski angegebene Aenderung der Sjöqvist'schen Methode zum *qualitativen* Nachweis von HCl beim Fehlen freier HCl benutzt (Niederschlag aus dem Extrakt des Glührückstandes durch kohlensaures Natron). In mehreren Fällen hat S. bei Anwendung dieses Verfahrens keine Trübung gesehen, also den Mangel von HCl und Ammoniak feststellen können, weshalb er im Gegensatz zu Honigmann betont, dass es Fälle mit völligem Versiegen der HCl-Sekretion geben könne.

v. Noorden (6) fasst im Anschluss an H.'s Ausführungen seinen Standpunkt in folgenden Sätzen zusammen. Die einzige sichere Bürgschaft für eine normale Salzsäureabscheidung geben die vielgeschmähten Salzsäurereaktionen, vorausgesetzt, dass man sie richtig anwendet; fallen sie schwach, aber deutlich aus, so sind alle Affinitäten gesättigt und ein kleiner Ueberschuss ist vorhanden, der Magen verhält sich normal, fallen sie ungewöhnlich stark aus, so ist die Bildung der HCl über die Norm gesteigert, fallen sie negativ aus, so ist zu wenig abgesondert worden, die Affinitäten sind nicht vollständig oder nur nahezu vollständig gesättigt. Der negative Ausfall lehrt nichts über den Grad des Säuremangels, darüber belehrt das von ihm und H. seiner Zeit angegebene Verfahren des Zusatzes von $^1/_{10}$ Normalsalzsäure bis zum Eintritt der Reaktion. Quantitative Bestimmungen haben praktisch nur einen Werth zur Ausmessung einer etwa bestehenden Hyperacidität, bei normalem oder negativem Ausfall der Reaktion haben sie keinen praktischen und wenig theoretischen Werth. Ewald (7) findet, dass v. N. zu weit geht, der Werth der quantitativen Bestimmung liege darin, in den Fällen, in welchen die Farbstoffe keine Reaktion aufweisen, darzuthun, ob die HCl-Sekretion vermindert oder versiegt sei; er warnt vor der nunmehr wieder anscheinend eintretenden Unterschätzung der quantitativen Methoden.

Tschlenoff (8) vergleicht die bei Anwendung der Titrirung mit Phloroglucinvanillin und Congo, sowie bei Durchführung der Hayem-Winter'schen Methode gefundenen Werthe für freie HCl und kommt zum Schlusse, dass Congo mehr freie HCl angebe, als vorhanden wäre. Seine Berechnungen sind aber falsch, wie man sich leicht überzeugen kann. Gillespie (9) bespricht die üblichen Methoden in fasslicher Weise. Er hält das Hayem-Winter'sche Verfahren für exakt, da er ebenfalls der Anschauung ist, dass beim Eintrocknen und Verdampfen des Magensaftes alle freie HCl und nur solche flüchtig wird. Ebenso glaubt er, dass die „combinirte Salzsäure" auch neutrale Verbindungen eingehen kann. Beide Fehler hat bekanntlich Martius in seinem Buche genügend berücksichtigt. Für die Praxis giebt er folgendes vereinfachte Verfahren an: 1) Bestimmung der Gesammtacidität; 2) Prüfung mit Günzburg'schem und Uffelmann'schem Reagens; 3) Eintrocknung und Verdampfung auf dem Wasserbad, Aufnahme des Rückstandes in Wasser, nochmalige Bestimmung der Acidität. Bleibt diese dieselbe und war keine freie HCl vorhanden, so ist sie durch die combinirte HCl allein, eventuell durch Milchsäure (falls die Prüfung nach Uffelmann positiv war) gebildet; wurde die Acidität geringer, so ist bei positiver Günzburg'scher Reaktion die Differenz auf freie HCl, bei negativer auf flüchtige Säuren zu beziehen.

Kellog (10), dem die übrige Literatur über die HCl-Frage vollkommen unbekannt zu sein scheint, sieht in der Hayem-Winter'schen Methode nicht nur die allein richtige, sondern auch den Schlüssel zur Erkenntniss aller Verdauungstörungen. Auch ihm ist es ein Leichtes, sich einen Theil der combinirten Salzsäure als neutral vorzustellen. Er baut aus den Hayem-Winter'schen Begriffen ein ganzes System auf und unterscheidet 4 Arten von Magenthätigkeit: 1) *Drüsenthätigkeit*, dargestellt durch T (Chlore totale, von dem doch ein grosser Theil durch die fixen Chloride gebildet wird); 2) *vorbereitende* chemische Thätigkeit, dargestellt durch den Werth von H + C (gesammte secernirte Salzsäure); 3) *nützliche* chemische Thätigkeit, dargestellt durch C (combinirte HCl) in Beziehung zu α (dem Verhältniss von Gesammt-Acidität zur gesammten HCl), das nach H.-W. normaler Weise immer geringer als 1 sein muss (vgl. vorige Uebersicht) und 4) *schädliche* chemische Thätigkeit oder saure Gährungen, wenn α einen grösseren Werth als normal hat, also $= \text{oder} > 1$ ist, während doch normaler Weise α immer $= \text{oder} > 1$ sein müsste, wegen des Vorhandenseins saurer Salze und keineswegs allein durch saure Gährungen sich vergrössert.

Diese 4 Thätigkeitsformen verbindet K. zu einem System, je nachdem sich T, C, H oder α verhält, in dem er zwischen Hyperpepsie, Hypopepsie und einfacher Dyspepsie unterscheidet und im weiteren Ausbau der verschiedenen Bedingungen auf 22 [!] Typen kommt, die ihre Grundlage in den H.-W.'schen „Normalwerthen" haben. Auf diese „Magenalgebra" ist er sehr stolz und sieht in ihr das Ideal für Diagnostik und Therapie! Auf die unzähligen Irrthümer seiner auf 413 Untersuchungen basirten Arbeit näher einzugehen, ist hier nicht der Platz; sie verdient nur darum eine besondere Hervorhebung, weil sie zeigt, auf welche Abwege die „exakte" Magendiagnostik führen kann.

Mathieu (11) tritt für die Bestimmung der absoluten Säurequantität im Magen ein und sucht auf Grund eines Falles zu beweisen, dass, wenn man anstatt diese zu berücksichtigen sich nur an die procentualen Werthe der Hayem-Winter'schen Methode hält, ganz falsche Auffassung des Falles Platz greifen muss, besonders wenn freie Säure fehlt, z. B. in den vorgerückteren Stadien der Hyperchlorhydrie.

Sansoni (12 u. 13) hat die sogen. combinirten Salzsäureverbindungen durch Herstellung künstlicher Mischungen von Eiweisslösungen und Peptonen mit Salzsäure nachgeahmt. Digerirte er solche Mischungen längere Zeit im Thermostaten bei 38°, so hielten die Eiweisslösungen nicht nur freie Salzsäure zurück, sondern auch gebundene, wohingegen bei den Peptonmischungen nur die freie verloren ging; durch Eindampfen zur Trockne und Erhitzung auf 100—110° ging bei Eiweisslösungen die Acidität fast oder gänzlich verloren, und zwar um so mehr, je geringer die ursprüngliche

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Salzsäuremenge war. Dagegen verlieren Peptonsalzsäurelösungen so gut wie gar nichts von ihrer Acidität, so dass S. annimmt, dass zwischen *Eiweiss und Salzsäure neutrale,* zwischen *Pepton und HCl nur saure Verbindungen* möglich sind. Andererseits kann bei längerer Fortdauer der Erhitzung des Gemisches die Acidität zunehmen „wegen Fortdauer der Peptonisation". Schliesslich hat bei zur Trockne eingedampften Gemischen S. auch nach Hayem-Winter den Chlorgehalt bestimmt und dabei gefunden, dass die Menge des zurückgehaltenen Cl sehr variirt, je nachdem das Gemisch aus Eiweiss oder Pepton besteht und andererseits je nach der Concentration der Mischung. Erwägt man noch die Möglichkeit eines Fortschreitens der Peptonisation, so erhellt daraus die *Unzulänglichkeit* der Hayem-Winter'schen und ähnlicher, auf Eintrocknung des Magensaftes beruhender Methoden. Die Frage, ob HCl sich mit Eiweiss und Peptonen in constanten Gewichtsverhältnissen verbindet, hält S. auch nach seinen Versuchen noch nicht für gelöst.

Clopatt (14) hat mit der Hayem-Winter'schen Methode die Magenverdauung bei Säuglingen studirt. Er fand die Reaktion des Mageninhalts immer sauer, zwischen 0.02—0.08% HCl, keine freie HCl, nur ausnahmeweise Spuren, die fixen Chloride zeigten; bei Brustkindern eine gewisse Regelmässigkeit. Bei künstlich genährten Kindern höhere Acidität, bisweilen auch organische Säuren. Die Muttermilch scheint dem Kindermagen weniger Arbeit zu machen wie die Kuhmilch, weil bei letzterer mehr Säure verbraucht wird. Bei akuten Dyspepsien waren die Befunde den normalen sehr ähnlich, nur in einem Falle fanden sich höhere Werthe für organische Säuren.

Sansoni (15) hat den Magen des Hungerkünstlers Succi unter grossen Schwierigkeiten, weil er sich schwer sondiren liess, auf seine Salzsäureabscheidung geprüft. Er fand nach Probemahlzeiten während der Hungerperiode sowohl nach gewöhnlichen *Ewald*'schen Frühstücke, wie nach einem Fleischmahle weder Reaktion auf Salzsäure, noch Pepton, die Reaktion neutral oder durch Fleischmilchsäure schwach sauer. Dagegen verdaute der Saft bei Zusatz von HCl. S. bringt diesen Mangel an HCl mit dem gewohnheitsmässigen Fasten des Succi in Zusammenhang. Entweder hat der Magen durch seine Unthätigkeit die Sekretionstüchtigkeit eingebüsst oder vielleicht ermöglichte die Magenstörung primär durch die Abwesenheit jedes Hungergefühls dem Künstler das Fasten. S. konnte auch an Succi feststellen, dass ihm jedes Sättigungsgefühl fehle, denn er beobachtete, dass er gewaltige Mengen gemischter Nahrung ohne Sättigung zu spüren einnahm.

Die Beeinflussung der Salzsäureabscheidung durch Arzneimittel haben Leubuscher und Schäfer (16) beobachtet. Pilocarpin und Atropin erzeugten keine wesentliche Veränderung. Bei dem ersteren, das anerkanntermaassen sogar die Darmdrüsen zu gesteigerter Thätigkeit anregt, war die HCl-Menge im Ganzen gleich der normalen; doch ist zu berücksichtigen, dass viel Speichel und Schleim neutralisirt werden musste. Morphium und Opium innerlich dargereicht, setzten die Sekretion nur geringfügig herab und verzögerten etwas die Verdauung, dagegen war eine deutliche Herabsetzung der HCl-Abscheidung, sogar bei Hyperacidität nach subcutaner Morphinverabreichung nachzuweisen. Die Beziehungen zwischen *Morphium* und *Magensekretion* hat auch Hitzig (17) beleuchtet, in dessen Klinik Alt vor 4 Jahren gefunden hatte, dass das injicirte Morphium in den Magen ausgeschieden und von dort aus resorbirt werde. Er ging von der Anschauung aus, dass bei chronischem Morphinismus ein andauernder Mangel an HCl erzeugt und während der Entziehungskur der Magen vielleicht von einer abnormen Reizung der HCl-Sekretion betroffen werde und dadurch zu den bekannten gastrischen Abstinenzerscheinungen Anlass gebe. Die Beobachtung ergab während der Abstinenzkur ein Ansteigen des anfänglich sehr geringen Säuregehaltes, entsprechend der Verringerung der Morphiumdosen; freie HCl trat erst auf, nachdem gar kein Morphium mehr gegeben war. Die Behandlung bestand vom Tage ab, an dem der Pat. nur die Hälfte der früheren Dosis erhielt, ausser aus Trional und einem Bad, in einer morgendlichen Ausspülung des Magens mit Karlsbader Salz. Die Abstinenzerscheinungen waren während dieser Entziehungskur geringer wie bei früheren. H. stellt die Hypothese auf, dass durch den chronischen Morphingebrauch eine täglich neue Narkose der Magennerven stattfände. Bei der Entziehung wirken die normalen Salzsäurewerthe schon als Reize wegen der abnormen Erregbarkeit des Magens, zumal der Magen der Einwirkung salzsaurer Ingesta ganz entwöhnt ist. Daher die gastrischen Abstinenzerscheinungen. Alkalische Behandlung muss daher wohlthuend wirken. Gleichzeitig lassen diese Beobachtungen die HCl-Behandlung der Magenerscheinungen bei Morphinismus und die Morphiumbehandlung bei Magengeschwür als besonders rationell erscheinen.

Ueber das *Pepsin* wird diesmal nichts Neues gebracht. Bouveret (18) bringt nur eine Zusammenstellung des bisher Bekannten, in zusammenfassender Form (der Artikel ist ein Auszug aus seinem eben erschienenen Lehrbuch). Hunter (19) bespricht ebenfalls nur das schon Bekannte und lässt sich besonders über die in Amerika üblichen künstlichen Pepsinpräparate aus. Dagegen ist das *Labferment* und *Labzymogen* zum Gegenstand einer erneuten Untersuchung von Boas (20) gemacht worden. B. hat in einer grossen Anzahl von Prüfungen die Menge des Labfermentes und Zymogens festgestellt, d. h. untersucht, in welchen Verdünnungen beide noch wirksam sind. Die Verdünnungsgrenze ist beim Ferment viel niedriger als beim Zymogen (40:200), doch schwanken die Werthe bei einem und demselben Menschen, wahrscheinlich wegen der Verdünnung der entnommenen primären Untersuchungsflüssigkeit. Magensaft ohne HCl kann beide Stoffe noch enthalten, ersteres jedoch nur in sehr geringem Maasse, während das Zymogen bei Mangel an HCl noch ganz normal, aber auch auf die geringsten Werthe abgeschwächt sein kann. B. glaubt folgern zu können, dass eine organische Magenerkrankung auszuschliessen ist, so lange das Labzymogen in einer Verdünnung von 1:100—150—200 noch wirksam ist, ist sie wesentlich

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

verringert, so nimmt er Texturerkrankungen des Magens an, weshalb dem Labzymogenbefund prognostisch ein höherer Werth als dem HCl-Befund zukommt. Auch über die Milchsäure im Magensaft giebt Boas (20. 21. 22) interessante, zum Theil neue Aufschlüsse. Bekanntlich hatte B. im Verein mit Ewald vor mehreren Jahren die Milchsäure als regelmässigen Begleiter der Kohlehydratnahrung im Magen gefunden und ihre Anwesenheit als gesetzmässig hingestellt. Diese Untersuchungen gründeten damals auf die Uffelmann'sche Reaktion ihre Resultate, welche letzthin von Martius bezweifelt worden sind. B. hat nun eine Methode ersonnen, die Milchsäure in annähernd genauer Weise qualitativ und auch quantitativ nachzuweisen. Die Methode, deren Einzelheiten im Original (22) am besten nachzulesen sind, ist folgende.

Milchsäure, mit oxydirenden Substanzen behandelt, wird in Ameisensäure und Aldehyd zerlegt. Geht die Oxydation weiter, so zersetzt sich der Aldehyd in Essigsäure, die Ameisensäure in Kohlensäure und Wasser, bei vorsichtiger Erwärmung bleibt jedoch der Process im ersten Stadium. Den qualitativen und quantitativen Nachweis der Milchsäure in der Untersuchungsflüssigkeit liefert nun die Erkennung des Aldehyds. Von den vielen Wegen hierzu benutzt B. die Lieben'sche Reaktion, die allerdings auch für Aceton und Alkohol gilt, was aber hier nicht in Betracht kommt (Jodoformausfällung in alkalischer Jodlösung). Zur qualitativen Bestimmung wird der Mageninhalt (oder sein wässeriges Aetherextrakt) mit Braunstein und concentrirter H_2SO_4 in einen Kolben gebracht und dieser in geeigneter Weise mit einem Reagenzrohr verbunden, in dem sich alkalische Jodlösung befindet. Bei Anwesenheit von Milchsäure muss in diesem eine Jodoformtrübung oder Fällung auftreten. Für die Prüfung von Magensaft ist es von Bedeutung, dass alle Gebäcksorten Milchsäure enthalten und daher das Probefrühstück unbrauchbar machen. B. benutzte schliesslich eine Mehlsuppe mit Kochsalz.

Es ergab sich nun, dass der normale Magensaft, gleichviel, ob freie HCl vorhanden war oder nicht, Milchsäure nie enthielt, was Martius auf indirektem Wege schon bewiesen hat. Ebenso fehlt sie bei den meisten Magenkrankheiten, stets bei gutartigen Stenosen, dagegen war sie *immer* bei Carcinom des Magens, Pylorus- oder Wandcarcinom, vorhanden. Auch ist hier übrigens die Uffelmann'sche Reaktion fast immer sehr stark. B. legt auf diesen Befund grossen Werth, grösseren als auf das Fehlen der freien HCl.

Einen weiteren Beitrag zur Kenntniss des Magenchemismus liefert Boas (23) durch den von ihm mehrfach gemachten Befund von Schwefelwasserstoff im Mageninhalt bei Ektasien bei Anwesenheit freier HCl. Er hält diesen für ein Zerlegungsprodukt des Eiweiss durch Bakterienwirkung, lässt aber die Möglichkeit offen, dass in manchen Fällen auch die in den Magen in therapeutischer Absicht gebrachten schwefelsauren Alkalien (Karlsbader Salz u. s. w.) durch starke Oxydation zu Schwefelalkalien reducirt werden können, aus denen dann H_2S durch die HCl abgespalten werde. Aus seinen Beobachtungen ging daher hervor, dass die Salzsäure die Eiweissgährung eben so wenig wie die Kohlehydratgährung hintanhalten könne. Toxisch wirken übrigens die kleinen Mengen des Gases nicht.

Kuhn (24) führt seine begonnenen Untersuchungen über die Gasgährung (siehe vorige Uebersicht) fort. Pathognomonisch für sie ist schon häufiges Aufstossen, doch giebt es auch Ructus ohne Gasbildung, besonders bei Hyperacidität. Bei Magenektasie ohne Salzsäure kommt es gewöhnlich zu keiner Gasgährung, selbst bei starken Erweiterungen und Stagnation der Ingesta, dagegen ist sie bei Anwesenheit freier HCl sehr häufig; doch kommt es sehr auf die Nahrung an. Die Diagnose der Gasgährung ist wegen der einzuleitenden Behandlung sehr wichtig. Schon das dreischichtige Aussehen des ausgeheberten Mageninhalts, in dem aus der Tiefe die moussirenden Bläschen in die Schaumschicht oben steigen, ist sehr charakteristisch. Sicher ist natürlich nur der direkte Nachweis der Gasbildung in Gährungskölbchen oder durch Aufsaugen einer bestimmten Menge Mageninhalts aus der Sonde in eine Flasche, die durch eine einfache Vorrichtung den Eintritt des Gases in ein Eudiometerrohr unter Wasser und Quecksilber ermöglicht, wodurch zugleich die Menge des Gases bestimmt werden kann. Mit diesem Apparat hat K. die Entwickelung der Gährung bei derselben Menge Magensaftes einerseits und andererseits an neuen von 3 zu 3 Stunden aus demselben seit der Probemahlzeit unbeeinflussten Magen entnommenen Proben verfolgt und dabei gefunden, dass ausserhalb des Körpers die Gährung mehrere Stunden nach der Entnahme ihren Höhepunkt erreicht, während der Vorgang im Magen selbst nicht so lange dauert und bei Weitem früher erlischt. Kohlehydratkost, vor Allem Zucker und Milch, steigerten die Gasbildung stark, Fleischkost liess sie völlig verschwinden. Eine Reihe Desinficientien wurde versucht, K. stellt eine ganze Skala auf, am besten wirken antifermentativ Natr. und Acid. salicylicum (0.0025%, Natr. benzoic. 0.03%, Saccharin 0.05%). Die Versuche fanden in der klinischen Anwendung bei schweren Fällen eine eklatante Bestätigung. Salzsäure in geringer Menge scheint die Gährung zu begünstigen, in hohen Werthen ist sie nicht stark genug, sie zu verhindern. Aetiologisch kommt für sie ausser dem Hefepilz noch ein Spaltpilz in Betracht, der auf zuckerhaltigem Nährboden Gas bildete.

Ueber die *Resorptionsfähigkeit und motorische Funktion* des Magens liegt eine Anzahl neuer Untersuchungen vor. Hirsch (25) hat in Verfolg früherer Untersuchungen (Jahrbb. CCXXXVIII. p. 34) an Hunden mit Dünndarmfisteln die Geschwindigkeit geprüft, mit der verschiedene Flüssigkeiten, Säuren, bez. saure Alkalien, neutrale Flüssigkeiten den Magen verliessen. Es stellte sich hierbei heraus, dass diese Geschwindigkeit nicht von der verschiedenartigen Resorption oder Schleimhautreizung des Magens abhängig ist, sondern von dem Füllungszustande des Darms. Wurde die Fistel geschlossen, so wurde der Magen, wie sich durch Aspiration des Mageninhaltes ergab, nur langsam leer, anscheinend auch Flüssigkeit resorbirt. Manche Flüssigkeiten, wie Essigsäure, reizen sogar den Darm im antiperistaltischen Sinne, so dass der Gegendruck gegen den Pylorus stärker wird, bisweilen sogar Erbrechen hervorruft. Wurde die Fistel sehr hoch, unmittelbar hinter dem Pylorus, angelegt, so war der Ausfluss aus der Kanüle, gleichviel von welcher Flüssigkeit, fast continuirlich, da die Rückwirkung des Darmes minimal sein musste. Für den Menschen entnimmt H. hieraus, dass der Füllungzustand des Darmes für die Entleerung des Magens von Bedeutung ist.

v. Mering (26) legte gleichfalls Versuchshunden eine sehr hohe Duodenalfistel an und ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

folgte so das Schicksal der in den Magen eingeführten Flüssigkeiten. Die Ueberführung in den Darm erfolgte in Intervallen durch rhythmisches Oeffnen und Schliessen des Pförtners. Die Flüssigkeit verlässt den Magen schneller als feste Nahrung. Der leere Magen resorbirt kein Wasser, vom Sodawasser nur die CO_2, Alkohol wird in hohem Maasse resorbirt, Zucker in wässeriger Lösung in mässiger, in alkoholischer in grösserer Menge, Dextrin und Pepton in geringerer Menge als Zucker. Die Resorptionsgrösse des Magens gegenüber der vorliegenden Substanz wächst mit ihrer Concentration, Hand in Hand mit dieser geht eine mehr oder weniger lebhafte Ausscheidung von Wasser in den Magen, die um so erheblicher ist, je grösser die Menge der resorbirten Substanz. Diese reichliche Wasserausscheidung erfolgt auch dann, wenn keine HCl im Magensaft sich nachweisen lässt. Eingeführte HCl wurde zum grossen Theile neutralisirt. v. M. schliesst aus seinen Versuchen, dass bei Magenektasien, entsprechend einer mehr oder weniger grossen Resorption resorbirbarer Substanzen, eine mehr oder weniger grosse Menge Wasser in den Magen abgeschieden und der Zustand daher verschlimmert werde. Wichtig für die Behandlung derartiger Zustände sei daher die Zufuhr concentrirter Nährstoffe, Enthaltung von Alkohol und Wasserzufuhr per Klysma.

Hirsch (27) hält den Ausführungen v. Mering's entgegen, dass die Thätigkeit und der Füllungzustand des Darmes in seinen Versuchen gar nicht berücksichtigt seien. Er hält es nach seinen eigenen Untersuchungen jedenfalls für unberechtigt, die Ergebnisse an Hunden mit hohen Duodenalfisteln bei freiem Ausfluss aus der Fistelöffnung auf die normalen Verhältnisse der Resorption im Magen des Hundes oder des Menschen zu übertragen.

Ausgedehnte Untersuchungen, die auch hauptsächlich die Resorption betreffen, hat Brandl (28) unabhängig von v. Mering gemacht. Dem Hunde wurde durch eine Magenfistel ein Kautschukballon in das Duodenum gebracht; dieser sperrte, mit Wasser gefüllt, den Magen vom Duodenum ab. Dann wurde die zu prüfende Flüssigkeit durch die Kanüle in den Magen gebracht und nach 2 Std. auf Volumen und Procentgehalt geprüft. Die Versuche wurden mit Traubenzucker, Pepton und Jodnatrium angestellt. Wässerige Lösungen wurden erst bei einem stärkeren Betrage der gelösten Substanzen resorbirt, je concentrirter, um so besser; doch nahm bei sehr starken Concentrationen die Resorbirbarkeit wieder ab. Alkoholzusatz beschleunigte die Aufnahme erheblich, Alkohol selbst wird fast völlig resorbirt. Dabei zeigte sich die Schleimhaut hyperämisch. Die hierdurch gesetzte Erregung der sensiblen Nerven scheint die Ursache der Beschleunigung zu sein, denn ähnlich wirkten örtlich reizende Stoffe, wie Kochsalz, Senföl, Pfeffer, Pfefferminze, Orexin. Aus diesem Grunde ergiebt sich die Wirksamkeit der Stomachica für den Magen. Amara (Ceratrin, Quassia-Infus) hatten keinen Einfluss, die Beimengung von Schleimstoffen wirkte sogar hemmend. Die Sekretionsgrösse des Magensaftes war bei Peptonlösungen am bedeutendsten, Alkohol erhöhte sie, die Gewürze thaten dies nicht, herabgedrückt war sie bei den Bittermitteln und den schleimigen Mitteln. Die Resorption des Wassers war wegen der Schleim- und Speichelmengen und der Möglichkeit einer Osmose nicht genau festzustellen, doch scheint auch sie mit der Concentration der Lösung zuzunehmen. Im Vergleich mit dem Darm verträgt der Magen daher viel höhere Concentrationen, „eine Thatsache, welche die Funktion des Magens, ein Reservoir zu sein, welches die eingeführte Nahrung in Empfang nimmt, um allmählich in gehöriger Verdünnung den flüssigen Chymus in den Darm zu entlassen, in helles Licht setzt"!

Einer dankenswerthen Arbeit hat sich Penzoldt (29) unterzogen. Derselbe hat von einer Anzahl seiner Schüler durch sorgfältige Selbstversuche die Aufenthaltsdauer von Speisen und Getränken im Magen prüfen lassen und die von ihnen gefundenen und zum Theil in Dissertationen veröffentlichten Thatsachen hier zusammengefasst. Es wurden von Fleisch, Fisch, pflanzlichen Nahrungsmitteln und Getränken von den Versuchspersonen solche Mengen aufgenommen, wie sie von jungen Leuten als einzige Speise genossen werden konnten. Von den Resultaten, die alle sich hierfür Interessirenden im Originale studiren müssen, seien hier nur einige angeführt. Gebratenes Beefsteak (250 g) hat eine Verdauungszeit von $4^1/_4$—5 Std., rohes gehacktes 1—$1^1/_2$ Std. weniger, sehr leicht verdaulich ist sog. Rindfleischwurst. Aehnlich verhält sich Kalbsbraten, am leichtesten sind Kalbshirn und von Sehnen befreite Thymus zu verdauen. Schweinefleisch, von dem nie mehr als 170 g genommen werden konnten, bedarf längerer Zeit. Geflügel mit weissem Fleisch leichter als solches mit dunklem, gesottenes leichter als gebratenes. Von Fischen am leichtesten Seefische, Hecht, Karpfen; Austern verlassen den Magen sehr schnell, Fischconserven, Hering, Caviar sehr langsam Roggenbrod bedarf 3 Std. 20 Min., Weissbrod $2^1/_2$ Std., weiche Eier verdaulicher sind als rohe. Vom Getränk bleiben 200 ccm $1^1/_2$ Std. lang im Magen, woraus ersichtlich ist, dass die resorbirende Thätigkeit desselben gar nicht so beträchtlich ist. Zum Schlusse giebt P. eine Tabelle, welche eine Erweiterung der Leube'schen Kostformen enthält.

Die resorbirende Kraft des Magens hat Main (30) mit der des Rectum verglichen; es wurden Versuche mit Natr. salicylicum, Salol, Antipyrin, Terpentin, Jodkalium und Methylenblau gemacht. Von diesen wurden Natr. salicyl., Jodkalium und Antipyrin vom Rectum schneller als vom Magen aufgenommen, Salol vom Mastdarm sehr spät, Terpentin und Sandelöl gar nicht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Die Frage nach dem Einfluss der Bewegung auf die Thätigkeit des Magens suchte Salvioli (31) durch Experimente an Fistelhunden zu beantworten, die mehrere Stunden lang herumgejagt wurden. Der Magen wurde vor und nach der Bewegung durch direkte Reizung der Schleimhaut zur Sekretion veranlasst, ausserdem wurden zur Bestimmung der verdauenden Kraft Eiweisscylinder von bestimmter Grösse oder Milch in den Magen gegeben. Die Ermüdung rief eine beträchtliche Verminderung der Saftmenge hervor; die Acidität wie die, nach Hayem-Winter bestimmte, Gesammtchlormenge verminderte sich, ebenso die verdauende Kraft. Dagegen war die Motilität, wie sich aus der Entfernung der eingeführten Milch ermessen liess, erheblich gesteigert. (Fortsetzung folgt.)

87. **Zur physikalischen Diagnostik der Gallensteinkolik**; von C. Gerhardt. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 40. 1893.)

G. hebt die wichtigsten physikalischen Erscheinungen kurz hervor.

Der Anfall beginnt meist 4—5 Stunden nach der Hauptmahlzeit, wenn die Speisen in das Duodenum eintreten, mit der reflektorischen Austreibung der Galle aus der Blase. Die Gallenblase kann zu einer deutlich fühl- (auch sicht-) baren harten Geschwulst werden, falls der Verschluss ein vollständiger ist und die Blase nicht durch vorausgegangene Entzündungen ihre Dehnbarkeit verloren hat. Am häufigsten bildet sich die Geschwulst bei Kranken, die schon mehrfach Anfälle durchgemacht haben. Sie kann sich allmählich entwickeln schon ehe die Schmerzen anfangen. Mit dem Durchtreten des Steines geht sie schnell zurück. In seltenen Fällen hört man mit dem Beginn des Anfalles in der Gallenblasengegend ein arteriendiastolisches, blasendes Geräusch, das mit dem Anfall schwindet. Nach jedem längeren Anfalle hört man in der Gallenblasengegend umschriebenes peritonitisches Reiben. Meist bestehen dann noch eine Zeit lang Schmerzen, gegen die eine Eisblase besser hilft, als die vorher, während des Anfalles wohlthuenden warmen Umschläge. Die Entzündung setzt sich sehr selten auf die Pleura fort. Während länger dauernder Anfälle schwillt die Leber mehr oder weniger deutlich an.

„Wenn nach mehreren anscheinenden Anfällen von Gallensteinkolik Steine im Stuhle nicht aufgefunden werden können, kein Reibegeräusch an der Stelle der Gallenblase auftritt, auch im Anfalle selbst die Gallenblase nicht vergrössert getroffen wurde, darf mit ziemlicher Sicherheit Cholelithiasis ausgeschlossen und mit grosser Wahrscheinlichkeit nervöse Leberkolik als Ursache betrachtet werden." Dippe.

88. **1) Die Heilung des Empyems**; von Dr. Aufrecht. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 1 u. 2. p. 1. 1893.)

2) Empyem und seine Behandlung; von Dr. Carl Beck. (New Yorker klin. Mon.-Schr. V. 10. p. 365. 1893.)

1) Aufrecht verwirft die Punktion, die Aspiration, namentlich auch die permanente Heberdrainage, die einfache Incision und hält die Rippenresektion für weitaus das Beste. Lässt man den Kranken möglichst ruhig auf dem Rücken liegen, stellt man durch Probepunktionen fest, dass der gewählte Ort auch wirklich der richtige ist, vermeidet man durch stumpfe Instrumente (A. hat sich eine besondere Zange mit nur einem schneidenden Blatt anfertigen lassen) die Art. intercostalis, dann kann kaum etwas Schlimmes eintreten. Auch die grössten Ergüsse können schnell abgelassen werden, dann wird ein kurzes Rohr eingelegt, die Wunde mit Jodoform bestreut und verbunden. Bei der Nachbehandlung ist A. entschieden für Ausspülungen, je nachdem täglich oder seltener, anfangs mit warmem Carbolwasser, nach Aufhören des Fiebers mit 0.2—0.5prom. erwärmter Höllensteinlösung. Diese Lösung soll die sehr wichtige Verwachsung der beiden Pleurablätter befördern. Wichtig ist, dass man das Drainrohr nicht zu lange liegen lässt, da sonst leicht Fisteln entstehen. Es ist nur so lange nöthig, als noch eine wirkliche Höhle vorhanden ist. Die Ergebnisse A.'s sind vorzüglich. Seine Kranken brauchten zur Genesung im Durchschnitt 48 Tage.

Wie und wodurch heilt ein Empyem? Dadurch, dass die Lunge sich bei jeder Inspiration ausdehnt, wenn ihr Hauptbronchus weiter ist, als das zwischen den Rippen liegende Drainrohr, und dadurch, dass die beiden Pleurablätter mit einander verwachsen. A. sagt wörtlich: „dass die Heilung des Empyems zu Stande kommt in Folge der steten, in ihrer Grösse durch die Differenz zwischen dem Lumen in der Thoraxwand und dem Lumen des Hauptbronchus bedingten inspiratorischen Ausdehnungen der collabirten Lunge unter der Bedingung, dass die Pleuren die Fähigkeit besitzen oder vielmehr erlangen, durch Bildung rein fibrinöser Auflagerungen eine Adhäsion des parietalen und visceralen Blattes zu ermöglichen."

2) Beck's Ausführungen über die beste Behandlung des Empyems decken sich zum grossen Theil mit denen von Aufrecht. Auf Grund eines stattlichen Materiales (138 Fälle) kommt auch B. unter Anführung zahlreicher Krankengeschichten zu dem Ergebniss, dass die Rippenresektion jedem anderen Verfahren weit vorzuziehen ist. Ausspülungen hält er für unnöthig.
Dippe.

89. **Contribution à l'étude des abscès sous-diaphragmatiques gazeux**; par le Prof. C. Vanlair. (Revue de Méd. XIII. 7. p. 561. 1893.)

10jähr., früher gesundes Kind. Plötzliche Erkrankung am 1. März 1892 mit heftigem, anhaltendem Frost, Fieber, Leibschmerz, Meteorismus, Durchfall. Athmung beschleunigt. Kein Erguss in die Bauchhöhle. Am 10. März

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

rechts hinten unten leichte Dämpfung, abgeschwächter Stimmfremitus, hauchendes Athmen. Schmerzhafte Anschwellung im Epigastrium, welche gedämpften Schall gab, der Leber nicht angehörte. Am 13. März links hinten unten katarrhalische Lungenentzündung. Starker Verfall. Zunahme der Anschwellung im Epigastrium, welche am 22. März in der Mitte bei der Perkussion tympanitischen Schall gab, deutlich elastisch war und bei der Auskultation das Geräusch des fallenden Tropfens hören liess. Am 25. März rechtseitiger Pneumothorax. Abfall des Fiebers. Thrombose der linken Vena cruralis. Am 28. März Eröffnung des Abscesses, Entleerung von Eiter, Kothmassen und Gas. Die Abscesshöhle lag zwischen Leber, Zwerchfell und Colon transversum. Es bestand eine Verbindung mit letzterem und mit der rechten Brusthöhle. Naht des Querdarms, Thorakotomie, Ausspülung, Drainage. Gelegentlich einer Ausspülung liess sich ein Durchbruch der Lunge feststellen. Mitte Mai Genesung.

V. zieht aus der Beobachtung folgende Schlüsse: Lufthaltige, unter dem Zwerchfell gelegene Abscesse kommen auch im Kindesalter vor, zuweilen auch, ohne dass ein umschriebener, innerhalb oder ausserhalb des Bauchfells gelegener Infektionsherd besteht. Der Durchbruch des Darms kann dabei sekundär eintreten. Die örtlichen Erscheinungen können sich auf Schmerz und die Kennzeichen einer Eiteransammlung im Epigastrium beschränken. Den bekannten Complikationen ist die Phlebitis infectiosa anzureihen. Von einer antiseptischen Behandlung ist auch in verzweifelten Fällen noch Heilung zu erwarten. Brückner (Dresden).

90. **Die Behandlung der akuten parenchymatösen Nephritis**; von Dr. Aufrecht. (Therap. Monatsh. VII. 10. 1893.)

Die Kr. bleiben zu Bett bis zum völligen Verschwinden des Eiweiss. Sie bekommen eine Kost, die möglichst wenig Stickstoff enthält: Buttersemmel, Zwieback, Mehlsuppen, Kartoffelbrei mit Butter, Reis, Pflaumen, Kaffee mit Zucker, Selterswasser, etwas Rothwein. Sobald der Harn spärlich wird, erhalten Erwachsene eine ganze, Kinder eine halbe Flasche Wildunger Helenen-Quelle über den Tag vertheilt. Dieses Mittel wirkt mit grosser Sicherheit. Die Harnmenge nimmt ab, weil ein grosser Theil der Henle'schen Schleifen verstopft ist, und das Wildunger Wasser genügt, um diese Verstopfung zu lösen. In der Reconvalescenz giebt A. gern Eisen. Bei Urämie wendet er Einpackungen in warme Laken an, kein Pilocarpin! Bei sehr starken Oedemen macht er an der Unterfläche eines Unterschenkels einen 1—1½ cm langen Einschnitt. Dippe.

91. **Sul rapporto dell'albuminuria e della eliminazione dell'urea con la circolazione renale nella nefrite parenchimatosa e nelle cardiopatie**; pel Dott. C. Casaretti. (Arch. ital. di clin. med. I. 1893.)

Bei Untersuchungen, die zu anderen Zwecken unternommen wurden, machte C. gelegentlich die Beobachtung, dass sowohl eine vorübergehende, wie auch eine anhaltende Albuminurie durch Umwickelungen der Beine erheblich geringer wird, oder ganz und gar schwindet. Diese Erscheinung musste so erklärt werden, dass durch das Verdrängen einer Menge Blut aus den Beinen die Cirkulation in den Nieren eine erhebliche Veränderung erleidet, welche dann ihrerseits wieder auf die Absonderung von Eiweiss im Urin einwirkt. C. prüfte nun diese sowohl in pathologischer, wie auch in therapeutischer Beziehung sehr wichtige Erscheinung in ihren Einzelheiten bei einer grösseren Zahl von solchen Kr., die entweder mit chronischer Nephritis oder mit einem Herzklappenfehler behaftet waren. Von den mitgetheilten Krankengeschichten seien nur folgende kurz erwähnt.

1) S. Z., eine 21jähr. Frau, litt an Pseudorheumatismus articul., Pleuritis exsudativa und Nephritis. Der Urin war stark eiweisshaltig, enthielt hyaline und granulirte Cylinder. Die Beine wurden 12 Stunden lang in einer Compressionsbinde gehalten. Bald nach der Anlegung der Binde wurde die Eiweisstrübung erheblich geringer, verschwanden die Harncylinder und die Urinmenge nahm zu, so dass sie bereits nach 12 Stunden um 400 ccm gestiegen war. Die günstige Veränderung blieb andauernd.

2) E. B., ein 24jähr. Mädchen, litt an Nephritis acuta und entleerte einen 3—6 g Eiweiss enthaltenden Urin in der Menge von 1200 ccm. Nachdem die Beine einmal eingewickelt waren, fiel die Eiweissausscheidung auf 20 cg. Nach einer zweiten Einwickelung stieg die Harnmenge auf 2500 ccm bei gleichem specifischen Gewicht. Auch später zeigten sich nur geringe Spuren von Eiweiss im Urin, dieser enthielt keinerlei Sedimente und die Kr. verliess bald die Klinik als völlig geheilt.

3) J. A., ein 21jähr. Mann, litt an chronischer Nephritis mit Oedem an den Extremitäten und Hydrops anasarca. Er entleerte bei der Aufnahme in die Klinik einen trüben, stark eiweisshaltigen (8 g pro die) Urin. Nach mehrmaligen Einwickelungen stellte sich eine wahre Polyurie ein und die Oedeme verschwanden, um nie wiederzukehren.

In gleicher Weise wurden durch die Einwickelungen auch in vielen anderen Fällen von Herzleiden und chronischer Nephritis erhebliche Besserungen erzielt, selbst bei solchen Kr., die schon an urämischen Anfällen gelitten hatten. Bei weit vorgeschrittener Nephritis müssen die Beine 48 Std. lang eingewickelt bleiben, damit eine erhebliche Abnahme des Eiweissgehaltes des Urins eintritt; in leichteren Fällen wird dieser Erfolg schon nach 12 Stunden erreicht.

So gross auch der Einfluss der Einwickelungen auf die Ausscheidung von Eiweiss ist, so giebt es immerhin doch manche Fälle von Nephritis, in denen die Einwickelungen wirkungslos bleiben. Es handelt sich dann um tiefgehende Störungen und erhebliche anatomische Veränderungen der Nieren. So lange die nephritischen Veränderungen sich noch nicht sehr weit ausgedehnt haben, kann man durch die Einwickelungen stets einen sehr bedeutenden Erfolg erzielen.

Emanuel Fink (Hamburg).

92. **Ueber Cyanose**; von Docent Dr. Eduard Neusser. (Wiener klin. Wchnschr. VI. 31. 1893.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

N. stellt übersichtlich diejenigen Zustände zusammen, in denen Cyanose auftritt, bez. in welchen sie eine besondere prognostische und diagnostische Bedeutung erlangt. Sie findet sich bei den verschiedensten Zuständen. Bei akuten Exanthemen und chronischen Erkrankungen (Morbus Brightii, Scorbut, Carcinom) können plötzlich eintretende Cyanose und unregelmässiger Puls auf die Entstehung einer Perikarditis hindeuten. Bei degenerativen Processen im Herzmuskel, wie sie allmählich, in manchen Fällen schnell (im Verlaufe akuter Infektionskrankheiten) sich entwickeln, tritt Cyanose auf. Sie kann bei akuten Infektionen auch die Folge einer Toxinwirkung ohne anatomische Läsion des Herzens sein (Fehlen der Benzoylchloridreaktion). Weiter tritt Cyanose auf bei der Arteriosklerose. Hier ist es wichtig, zu wissen, welches Gefässgebiet vorwiegend vom atheromatösen Process ergriffen ist. N. weist auf die Bedeutung der absteigenden Aorta hin und auf den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Atherom der Intercostal- und Bronchialarterien mit dem Lungenemphysem. Bei den reinen Herzneurosen spielt die Cyanose nur eine untergeordnete Rolle. Tritt sie in stärkerem Maasse auf, so deutet sie auf eine Complikation hin (Aneurysma). Verwechslungen mit rein asthmatischen Zuständen können hier leicht vorkommen.

Bei den Infektionskrankheiten kann Cyanose, abgesehen von Affektionen des Herzens und der Lunge, noch aus einer Reihe anderer Ursachen entstehen, so z. B. im Verlaufe der Masern in Folge von heftigem Husten nach Erosionen der Larynxschleimhaut, bei Scharlach und Variola durch die Schwellung der Halslymphdrüsen und des umgebenden Zellgewebes, bei Influenza durch Funktionstörung des Vagus u. s. w. N. geht dann auf die Cyanose bei Vergiftungen, auf die Cyanose in Folge von Blutveränderungen bei Verbrennungen ein. Cyanose im Verlaufe des Morbus Brightii deutet zuweilen auf Degeneration des linken Vorhofs hin (dann nämlich, wenn Anzeichen einer Ventrikelerkrankung fehlen), als deren Folge eine Hämoptöe (als Anfangssymptom der Schrumpfniere) eintreten kann. Bei fettleibigen Diabetikern kommt Cyanose auch ausserhalb des Koma vor. Bei den Bluterkrankungen tritt die Cyanose nicht in den Vordergrund, wenn nicht gleichzeitig Herzaffektionen vorhanden sind. Endlich kann Cyanose geschaffen werden durch raumbeschränkende Processe, welche die Erweiterung des Thorax hindern, und durch Erkrankungen der respiratorischen Bewegungsapparate. Brückner (Dresden).

93. Ueber die Behandlung des Myxödems.

Unter den therapeutischen Fortschritten der letzten Zeit nimmt die *Behandlung des Myxödems* entschieden einen hervorragenden Platz ein. Vor einer Reihe von Jahren hatte V. Horsley, gestützt auf frühere Erfahrungen von Schiff, sowie auf eigene zahlreiche Thierversuche, den Vorschlag gemacht, das Myxödem beim Menschen durch *Implantation thierischer Schilddrüsen in die Bauchhöhle, bez. unter die Haut* zu heilen. Mittels dieser Behandlung, die beim idiopathischen Myxödem von verschiedenen Aerzten versucht worden ist, kann man eine wirkliche Heilung oder wenigstens eine andauernde Besserung aber nur dann erreichen, wenn die implantirte thierische Schilddrüse an der Einpflanzungstelle einheilt und weiter funktionirt. In der Mehrzahl der bisher bekannt gewordenen, verhältnissmässig spärlichen Fälle ist die eingepflanzte Drüse aber nicht funktionsfähig geblieben, sondern einer bald rascher, bald langsamer vorsichgehenden Resorption anheimgefallen. In diesen Fällen hat man nun so lange, als der kranke Organismus Gewebesaft von der eingepflanzten Drüse resorbiren konnte, eine deutliche Besserung aller Erscheinungen des Myxödems beobachtet. Diese traten aber sofort wieder auf, bez. verschlimmerten sich wieder, wenn die eingepflanzte Schilddrüse aufgesaugt worden war.

G. Murray kam deshalb auf den Gedanken, an Stelle der Implantation *eine längere Zeit fortgesetzte subcutane Injektion eines Extraktes aus der Schafschilddrüse* zu setzen.

Mittels dieser in bestimmten Zwischenräumen vorgenommenen und über einen längeren Zeitraum fortgesetzten Injektionen sind nun in der That in einer Anzahl von Fällen Heilungen oder wenigstens weitgehende Besserungen erzielt worden. Der Injektionsbehandlung haften aber Uebelstände an, die sich auch bei sorgfältigster Zubereitung und Sterilisirung des Extraktes und bei vorsichtigster Vornahme der Injektionen nicht immer vermeiden lassen. H. W. G. Mackenzie hat deshalb zuerst, und zwar mit vollem Erfolge versucht, *den Kranken an Stelle der Injektionen frische Schafschilddrüsen oder ein einfaches Glycerinextrakt derselben durch den Mund einzuverleiben.* Ueber einzelne Kranke, die auf diese letztere Weise, sowie auch mittels Injektionen behandelt worden sind, haben wir bereits in diesen Jahrbüchern (CCXXXIV. p. 145; CCXXXVII. p. 140; CCXXXIX. p. 31) berichtet.

Die Grundzüge dieser *„Substitutionstherapie"*, bei welcher dasjenige Organ einer Thierspecies, bez. eines Menschen, das defekt oder funktionsunfähig geworden ist, dem kranken Körper in irgend einer Weise wieder einverleibt wird, stehen beim Myxödem fest; in vielen Einzelheiten bestehen aber noch grosse Verschiedenheiten. Bei der Injektionsbehandlung schwanken die Ansichten über die Menge des zu injicirenden Schilddrüsenextraktes und über die beste Zubereitungsweise desselben; auch bei der innerlichen Darreichung von Schilddrüsen hat man noch keine feste Norm gefunden, in welcher Menge und in welcher Form diese Darreichung am besten zu geschehen hat (roh, gekocht, als einfaches Glycerin-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

extrakt, in Pillen- oder Tablettenform). In der Mehrzahl der Fälle hat man Schafschilddrüsen verwendet, seltener Kalbschilddrüsen; zu Implantationsversuchen sind auch Affenschilddrüsen benutzt worden.

Sowohl bei der Injektionskur, als auch bei der innerlichen Darreichung von Schafschilddrüsen sind öfters *unangenehme Nebenerscheinungen* beobachtet worden: Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Schwindel, Herzklopfen, Diarrhöe, urticariaartige und papulöse Hautausschläge, Albuminurie.

Bei der Injektionsbehandlung kam es öfters zu Abscessen, wohl hauptsächlich in Folge der schweren Sterilisirbarkeit des einzuspritzenden Schilddrüsenextraktes. In einzelnen wenigen Fällen sind die Kr. während der Behandlung ganz plötzlich an „Herzschwäche" zu Grunde gegangen.

Fast bei allen Myxödem-Kranken, die mit Glandula thyreoidea behandelt werden, treten erhöhte Körpertemperatur, Puls- und Respirations-Beschleunigung, sowie Abnahme des Körpergewichtes ein, also Symptome, die auf einen *vermehrten Stoffwechsel* hinweisen. Mendel hat auch bereits nachgewiesen, dass die Stickstoffausscheidung im Urin sich während der Behandlung eines Myxödem-Kranken mit Schilddrüse sehr vermehrt.

In jüngster Zeit hat Vermehren *Stoffwechseluntersuchungen nach Behandlung mit Glandula thyreoidea an Individuen mit und ohne Myxödem* (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 43. 1893) veröffentlicht, bei denen täglich der Stickstoff- und Kohlenstoffgehalt der Nahrung durch die Bestimmung ihrer elementaren Bestandtheile festgestellt, bei der Ausscheidung aber nur auf den Stickstoff Rücksicht genommen wurde.

Die ersten Versuche führte V. an 3 Myxödem-Kranken im Alter von 43, 47 und 63 Jahren aus. Vor der Behandlung hielt man die Kranken 6 bis 9 Tage in Beobachtung und es zeigte sich, dass sie sämmtlich in bedeutendem Maasse weniger an Stickstoff aussonderten, als in ihrer Nahrung enthalten war. Die Behandlung bestand darauf in dem einen Falle in der Darreichung von 1 g Kalbsschilddrüse, leicht gekocht, an jedem oder an jedem 2. Tage. Die beiden anderen Pat. bekamen Thyreoidin in Dosen von 0.1—0.4 täglich.

In dem Verlaufe der ersten 5 Tage nach dem Beginne der Kur zeigte sich bei allen Kranken eine *Steigerung der Stickstoffausscheidung,* die nach mehreren Tagen eine Höhe erreichte, welche doppelt oder 3mal so hoch war, wie vor der Behandlung. Dabei hielt sich die Stickstoffeinnahme in dem einen Falle in beinahe unveränderter Höhe, während sie in den beiden anderen Fällen gleich nach dem Beginne der Kur sogar stark abnahm. Auch bestand eine stark vermehrte Diurese. *Die vermehrte Ausscheidung muss der Ausdruck eines vermehrten Umsatzes der stickstoffhaltigen Bestandtheile des Organismus sein.*

Controlversuche, die V. an 6 Personen im Alter von 7—62 Jahren anstellte, die *kein Myxödem* hatten, aber *täglich Thyreoidin* 0.1—0.3 erhielten, ergaben Folgendes: Während sich bei jungen Leuten nur in 2 von 3 Fällen eine Beeinflussung der Diurese zeigte, trat bei den *senilen Individuen* eine Reaktion ein, die in der Hauptsache, nämlich dem vermehrten Umsatze der stickstoffhaltigen Bestandtheile, ganz dem Verhalten beim Myxödem entsprach und die in Betreff der Temperatur, des Pulses, der Respiration und der Diurese unzweifelhaft ebenfalls eine, obgleich nicht so constante Uebereinstimmung zeigte.

„Diese Uebereinstimmung zwischen den Myxödemkranken und den genannten senilen Individuen ist unzweifelhaft ein Verhalten von grossem Interesse; denn es lässt dieses vermuthen, dass die Veränderungen, welche während des Myxödems in den Geweben vor sich gehen — Veränderungen, deren eigentliche Natur wir im Allgemeinen nicht genau kennen, und auf welche die oben genannte Einwirkung des Thyreoideasekretes wohl in Wirklichkeit einzigstes Reagens ist —, sich ebenfalls bei senilen Individuen finden; und es liegt ja dann nahe, eben die Ursache in dieser Gemeinschaft des Verhaltens der Glandula thyreoidea, also einerseits der pathologischen Atrophie, andererseits dem physiologischen Schwunde dieses Organs zu suchen."

Sowohl die subcutane, wie die innerliche Darreichung von Schilddrüse scheint bisher noch in allen, auch in ganz veralteten Fällen von Myxödem eine auffallende Besserung, ja ein vollständiges Verschwinden aller krankhaften Symptome herbeigeführt zu haben. Aber man hat auch bei allen Kranken, die über eine längere Zeit hindurch beobachtet werden konnten, in einem gewissen Zeitraume nach Beendigung der Kur die alten Symptome wieder auftreten oder wieder schlimmer werden sehen. Erneute Behandlungen waren jedesmal wieder von Erfolg gekrönt.

Aus diesen Gründen muss man jedenfalls Denjenigen zustimmen, die in der subcutanen oder innerlichen Darreichung von Schafs-Schilddrüsenextrakt, bez. Schilddrüsensubstanz selbst ein nur für einen bestimmten Zeitraum wirkendes Heilmittel sehen; eine definitive Heilung des Myxödems aber nur dann für möglich halten, wenn es gelingt, mit der Einpflanzung von Schilddrüsengewebe auch eine dauernde Funktionirung desselben zu erzielen, wie dies wohl zuerst von Bircher bei dem Myxoedema operativum praktisch und mit gutem Erfolge ausgeführt worden ist.

Erfolgt die Behandlung eines Myxödem-Kranken mittels subcutaner oder innerlicher Darreichung von Schilddrüsenextrakt, bez. Schilddrüse selbst, so ist, wie Nielsen (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVI. 9. 1893) besonders hervorhebt, die Behandlung nicht mit dem Aufhören der Krankheitserscheinungen abgeschlossen, da die Ursache, d. h. die Destruktion der Glandula thyreoidea ja

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

unersetzbar ist, und da angenommen werden muss, dass diese Drüse beständig funktionirt. *Das fehlende Sekret muss daher beständig und das ganze Leben hindurch dem Körper durch Aufnahme durch den Darmkanal zugeführt werden,* statt direkt durch das Blut. Ob die physiologische Funktion der Drüse dauerhaft auf diese einfache Weise zu ersetzen ist, ist noch nicht vollkommen sicher, aber nach den vorliegenden Erfahrungen jedenfalls sehr wahrscheinlich.

Zur *fortgesetzten Darreichung der Schilddrüse* scheinen sich am besten die nach der Vorschrift von White (Brit. med. Journ. Febr. 11. 1893) aus comprimirtem Schilddrüsenpulver hergestellten Tabletten zu eignen. Jede Tablette entspricht 0.3 Schilddrüsensubstanz; täglich lässt man 1 bis 4 Stück nehmen. Wichmann (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 43. 1893) hat diese Tabletten mit gutem Erfolg angewendet.

Wie man sich die *physiologische Wirkung der resorbirten Schafs-, bez. Kalbs-Schilddrüsen auf die myxomatös veränderten menschlichen Gewebe* denken soll, ist noch ganz räthselhaft; um so mehr, als man ja auch die normalen Funktionen der Glandula thyreoidea nur erst ungenügend kennt.

Wenn die principiellen pathologisch-anatomischen Veränderungen bei dem Myxödem wirklich einer Infiltration des Bindegewebes mit Schleimgewebe zuzuschreiben sind, so würden, wie Nielsen hervorhebt, die Verhältnisse im Ganzen im hohen Grade dem Zustande im frühesten Fötalleben gleichen. Die ursprüngliche embryonale Zustandsform des Bindegewebes ist das Schleimgewebe, dessen Intercellularsubstanz also mucinhaltig ist, während sie später durch Umbildung des Schleimgewebes in Bindegewebe leimgebend wird. Diese Umwandlung geschieht im 3. Fötalmonate, zu einer Zeit, wo die Glandula thyreoidea zu funktioniren anfangen kann.

Wenn man also wirklich annehmen darf, dass es sich bei dem Myxödem um eine Entwickelung von Schleimgewebe handelt, so liegt nach Nielsen die Annahme nahe, dass das Sekret der Schilddrüse im Fötalleben, sowie auch später, Bedeutung für die Bildung des Bindegewebes hat, d. h. überhaupt die *physiologische Aufgabe hat, durch seine Einwirkung auf das Schleimgewebe dasselbe in leimgebendes Gewebe umzubilden,* und dass also die Schleimanhäufung beim Myxödem davon herrührt, dass die Neubildung des Bindegewebes wegen mangelnder oder mangelhafter Zufuhr des Drüsensekretes sich nicht über die embryonale Zustandsform entwickeln, bez. das fertig gebildetes Bindegewebe zu derselben zurückfallen kann.

(Schluss folgt.)

94. Prickly heat, lichen tropicus, miliaria papulosa, miliaria rubra etc.; by Pollitzer. With 6 wood-cuts. (Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases Febr. 1893.)

P. schnitt in 8 Fällen von Miliaria rubra Hautstückchen aus und unterwarf sie einer mikroskopischen Untersuchung. Er fand das Rete Malpighii leicht ödematös mit cystisch erweiterten Schweissdrüsengängen, die Cutis war bis auf eine Erweiterung der Papillargefässe unverändert. Diese Cysten entsprachen dem klinischen Bilde von kleinen diskreten Bläschen. Die Occlusion der Gänge, welche die Erweiterung verursacht, wird durch das Oedem der Zellen verursacht. Nur auf einer fettarmen Haut kann es dazu kommen, die stets reichlich fetthaltige Gesichtshaut bleibt von dem Ausschlag befreit. Es ergiebt sich hieraus für die Prophylaxe, dass bei Fettmangel ein indifferentes Fett auf die Haut aufgetragen werden muss, während nach Ausbruch der Krankheit ein trocknendes Verfahren (Puderbehandlung) am Platze ist.

Wermann (Dresden).

95. Ueber Epidermolysis bullosa hereditaria; von Dr. Ernst Herzfeld. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 34. 1893.)

Ein 25jähr. Schlosser hatte schon als Kind, besonders aber seit Ausübung des Handwerks eine Neigung zu Blasenbildung an Händen und Füssen. Drei Geschwister besassen das gleiche Leiden. Dorsalhaut der Hände dünn, atrophisch, dunkelblauroth, gerunzelt. Volarhaut stark gespannt. Furchen verstrichen. Zahlreiche hirsekorn- bis bohnengrosse Blasen ohne charakteristische Lokalisation, mit theils serösem, theils blutigem Inhalt. Nägel verkümmert, zerblättert. An den Füssen die gleichen Veränderungen. An den Händen starke Hyperidrosis. Bei dem Bruder des Kr. konnte der gleiche Zustand festgestellt werden. An diesem fanden sich ausserdem noch braune Pigmentflecke, welche abgeheilten Blasen entsprachen. Die Untersuchung der Blasendecken ergab, dass sich die Blasen innerhalb der Stachelzellenschicht bildeten.

H. bekämpft die Ansicht Blumer's, dass der Affektion eine Gefässerkrankung zu Grunde liege, namentlich in Hinsicht auf Blumer's Versuch. Bl. wickelte bei einem Kr. die Beine mit einem *Esmarch*'schen Schlauch ein und frottirte sodann das Dorsum pedis. Es trat Epidermolyse ein. Nach Entfernung der Binde bildeten sich erst Blasen. H. fasst die von Klebs gefundene Gefässveränderung (Dysplasia vasorum) als eine sekundäre auf und deutet die Epidermolysis bullosa hereditaria „als eine Keimesanomalie, welche erst im extrauterinen Leben zu Tage tritt in einer Leichtlöslichkeit der Stachelzellenschicht und damit einer herabgesetzten Widerstandsfähigkeit der Haut traumatischen Reizen gegenüber".

Brückner (Dresden).

96. Ueber Arsenmelanose; von H. Müller. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXV. 1 u. 2. p. 165. 1893.)

25jähr. junger Mann, aus gesunder Familie, seit 1 J. an Psoriasis erkrankt. Nach einmaliger Einpinselung der befallenen Haut an beiden Armen und Brust mit 10proc. Chrysarobintraumaticin und späterer Arsenbehandlung traten, nachdem im Ganzen ca. 0.3 Ac. arsenicos. genommen waren, zahlreiche hell- bis dunkelbraune Pigmentirungen in Gestalt von zehnpfennig- bis markstückgrossen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Flecken auf, an einzelnen Stellen auch handtellergrosse pigmentirte Flächen. Da die Pigmentation von der Lokalisation der Psoriasis unabhängig und demnach Chrysarobinwirkung auszuschliessen war, musste der Fall als Arsenmelanose betrachtet werden.

Die mikroskopische Untersuchung ergab den Sitz des Pigmentes intercellulär im Epithel und in der Cutis, ähnlich wie in den M. von Joseph zur Verfügung gestellten Präparaten von bronzed skin mit Freilassung der oberen Epithelschichten. Eine besondere Lokalisation an den Gefässwänden liess sich nicht constatiren. Bezüglich des Transportes des Pigmentes aus der Cutis in das Epithel machte M. dieselben Beobachtungen wie Kölliker, nach denen die Pigmentkörper der Cutis ihre Fortsätze in die Intercellularräume des Rete entsenden, um schliesslich von den Retezellen resorbirt zu werden.

Die Therapie besteht in dem Aussetzen der Arsenmedikation; nur in seltenen Fällen kommt es zu einer wirklich bleibenden Pigmentation der Haut.

Wermann (Dresden).

97. **Eine Form von Erythrodermia exfoliativa** *(Besnier-Doyon)*; von Philippson. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 9. p. 186. 1893.)

P. theilt folgenden Fall aus der Unna'schen Klinik mit.

Ein 56jähr. Herr erkrankte vor 1½ Jahren mit Verdickung der Haut und Abblättern derselben an den Fingerspitzen der linken Hand; unter Röthung und Jucken breitete sich allmählich die Affektion auf beide Arme aus und erschien schliesslich auch an der Brust, in der Hüftgegend und in den Kniekehlen. Am stärksten befallen war der linke Arm, derselbe war roth, geschwollen und schilferte fein ab; am Rande fanden sich Primäreffloreszenzen in Form von kleinen rothen Fleckchen von Stecknadelkopfgrösse, welche durch die kleinen Hautfurchen von einander getrennt und mit glatter glänzender Hornschicht bedeckt waren. Unter Behandlung mit Bleicarbolsalbenmull liess der Juckreiz nach, die Haut wurde weicher, das Oedem ging zurück und die Rhagaden heilten; ebenso wirkte eine 5proc. Chrysarobinsalbe günstig.

Bei der Diagnose musste Ekzem, da eine Knötchen- und Bläschenbildung nirgends in dem langen Verlaufe stattgefunden hatte, ausgeschlossen werden. Die Primäreffloreszenz bestand vielmehr in kleinen rothen Flecken, d. h. in Erythemflecken. Das Bestehenbleiben der Oberhautfelderung, welches auch auf den schon lange Zeit erkrankten Partien zu constatiren war, bewies, dass ein merkliches flüssiges oder zelliges Transsudat nicht vorhanden war. Die Affektion ist demnach als ein chronisches juckendes, abschuppendes Erythem aufzufassen und den von Brocq zu einer Krankheitsgruppe vereinigten, mit Röthe und Schuppung einhergehenden oberflächlichen Hautentzündungen zuzuzählen, welche primär, d. h. nicht im Gefolge von Ekzemen, Psoriasis oder Lichen planus, erscheinen. Besnier und Doyon vertreten denselben Standpunkt und fassen die genannten Erkrankungen als Erythrodermies exfoliantes zusammen; zu den chronisch verlaufenden Formen gehört auch die Pityriasis rubra von Hebra, von welcher sich der mitgetheilte Fall von vornherein durch den benignen Verlauf unterscheidet.

Wermann (Dresden).

98. **Observations on a case of mycosis fungoides**; by W. Allan Jamieson. With one plate. (Edinb. med. Journ. March 1893. p. 808.)

Eine 38jähr. Frau, aus gesunder Familie, welche, seit 11 J. verheirathet, 3 gesunde Kinder geboren hatte, erkrankte vor 3 J. mit einem aus rothen Flecken bestehenden, heftig juckenden Ausschlag im Gesicht, welcher sich alsbald auf die Extremitäten ausbreitete. Pat. erhielt damals Arsenik. Im Januar 1892 hatten sich grössere, theilweise zerfallende Knoten an der Hüfte und Schulter gebildet, wegen deren Aehnlichkeit mit Gummigeschwülsten eine Quecksilber- und Jodbehandlung eingeleitet wurde, ohne dass jedoch ein Erfolg sichtbar wurde. Im April traten die Knoten auch im Gesicht und am Hals auf; im Mai heftiges Fieber mit „rheumatischen" Schmerzen. Die Eruptionen hatten sich bedeutend vermehrt, wenngleich einige Knoten vollständig zurückgegangen waren. Das Gesicht bot den Anblick einer Leprösen in vorgeschrittenem Stadium dar; das spärliche Kopfhaar war kurz, trocken und wollig, Augenbrauen und Lidhaare ausgefallen. Die Ulcerationen verbreiteten einen entsetzlichen Geruch; einzelne Knoten entstanden auf der Innenseite der Lippen, an der Zunge und der Innenseite der Wangen. Grosse Emaciation. Warme Boraxbäder, Zinkpaste, auf die Ulcerationen Jodoformsalbe brachten vorübergehend Erleichterung. Im October nach Auftreten heftiger Diarrhöen Tod. Das Fieber hatte einen septikämischen Charakter angenommen.

Die *Sektion* ergab ausser einer fettigen Degeneration des Herzens und der Leber keine Erkrankung der inneren Organe; die Lymphdrüsen waren normal, die rechte Hälfte der Schilddrüse war cystisch entartet.

Die von Leith ausgeführte histologische Untersuchung eines vom Halse noch zu Lebzeiten der Pat. entfernten Tumor zeigte die normale Struktur der Haut ersetzt durch ein aus Rund- und Spindelzellen bestehendes Gewebe mit fibrösen Gewebezügen, Muskeln, Schweissdrüsengängen und Blutgefässen; ein feines Netzwerk stellte die Struktur des Tumor dar. Mikroorganismen liessen sich nicht nachweisen. Es handelte sich demnach anatomisch um ein langsam wachsendes Lymphosarkom; die übrigen Erscheinungen der Erkrankung lassen dieselbe als Mycosis fungoides auffassen.

Wermann (Dresden).

99. **Su di alcuni tentativi di cura locale del lupus mercè iniezioni di siero di sangue di cane**; per Tommasoli. (Rif. med. IX. 41. 42. 1893.)

T. nahm bei 3 Lupuskranken (1 jungem Mädchen von 17 J., einer 53jähr. Frau und einem seit Kindheit an Lupus erkrankten Mädchen, welche sämmtlich isolirte Knötchen im Gesicht aufwiesen) Injektionen von Hundeblutserum in die Nähe der Knoten vor. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Das Hundeblutserum in die Haut in Dosen geringer als 1 ccm injicirt, ruft keine bemerkenswerthen Allgemeinerscheinungen hervor, dagegen treten kurz andauernde lokale Reaktionen, in Jucken, Schwellung und Schmerz bestehend, bei den verschiedenen Patienten in verschiedenem Grade auf.

2) Eine therapeutische Wirkung dieser kleinen Dosen in langen Intervallen, in die Nähe von mehr stabilen und weniger zur Ulceration neigenden Lupusknötchen injicirt, kann nicht gänzlich geleugnet werden, war aber in den behandelten Fällen sehr beschränkt.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

T. hat daher die Absicht, in geeigneten Fällen mit den Versuchen nur dann fortzufahren, wenn ihm eine genügende Menge frischen Serums zu Gebote steht, um täglich eine genügend lange Zeit die Injektionen vornehmen zu können; jedenfalls würde er aber dieses Verfahren nicht allein anwenden, sondern versuchen, irgend ein Medikament dem Serum einzuverleiben, wodurch der Tuberkelbacillus direkt zu bekämpfen wäre.

Wermann (Dresden).

100. **Ueber Syphilis.**

1) *Clinical notes on chancre of the tonsil, with analysis of fifteen cases;* by L. Duncan Bulkley. (New York med. Record XLIII. 21. p. 645. 1893.)

2) *Chancres syphilitiques de la main et des doigts;* par Fournier. (Semaine méd. Nr. 13. p. 93. 1893.) Avec 3 gravures.

3) *Ein Fall von multiplen syphilitischen Gummata der Zunge;* von Dr. L. Philippson. (Berl. klin. Wochenschr. XXX. 32. 1893.)

4) *Elephantiasis syphilitica der Lippen;* von Eichhorst. (Virchow's Arch. CXXXI. 3. p. 568. 1893.) Mit 1 Tafel.

5) *Sur la pseudo-paralysie syphilitique ou maladie de Parrot, à propos de cinq nouveaux cas de guérison;* par le Dr. Moncorvo. (Gaz. hebd. de méd. et de chir. Févr. 11. 1893. p. 66.)

6) *Zur Kenntniss der Lungensyphilis;* von Dr. Walter Petersen. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 39. p. 725. 1893.)

7) *Zur Frage der Excision der Initialsklerose;* von Gerber. (Therap. Mon.-Hefte Nr. 10. p. 515. 1892.)

8) *A protest against the premature administration of mercury in syphilis;* by J. Ernest Lane. (Lancet I. 18. 1893.)

9) *Ueber die antiluetische Kraft des Hydrargyrum soxojodolicum in gelöster Form;* von Merk. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXV. 4 u. 5. p. 599. 817. 1893.)

10) *Ueber Paraffinembolie der Lungen bei intramuskulären Quecksilber-Injektionen;* von Blaschko. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 42. p. 965. 1892.)

11) *Sull'uso del sublimato corrossivo per injezione endovenose;* pel dott. R. Jemma. (Rif. med. IX. 164. 1893.)

12) *The treatment of tertiary syphilis by inunction;* by J. Williams. (Lancet II. 16. 1893.)

1) In 110 von 2000 Fällen von Syphilis, also in mehr als 5%, fand Bulkley den Sitz des Primäraffektes fern von den Genitalien, am häufigsten an den Lippen (49 Fälle) und den Mandeln (15 Fälle). Von diesen 15 Fällen betrafen 8 das männliche, 7 das weibliche Geschlecht, der jüngste Kr. war ein 11jähr. Knabe, dessen Vater einen Lippenschanker hatte, der älteste ein 46jähr. Mann. In 9 Fällen war die rechte Mandel, in 3 Fällen die linke Mandel allein und in 3 Fällen waren beide Mandeln Sitz der Erkrankung. Die erste Lokalisation der Syphilis auf den Tonsillen ist also zweifellos keine so seltene, als bisher geglaubt wurde, und es ist deshalb ausserordentlich wichtig, da, wo Verdacht auf eine syphilitische Erkrankung besteht und an den Genitalien nichts nachweisbar und Ansteckung durch geschlechtlichen Verkehr auszuschliessen ist, stets die Mundhöhle zu untersuchen.

Goldschmidt (Nürnberg).

2) Fournier hat 40 syphilitische Primäraffekte der Hand beobachtet, und zwar waren 30 davon in der medicin. Praxis erworben (4 von Geburtshelfern, 20 von anderen Aerzten, 3 von Studenten und 3 von Hebammen), in den übrigen Fällen war die Infektion beim Coitus durch Berührung und 12mal durch Biss erfolgt. In der Regel war die Haut nicht intakt gewesen, sei es, dass eine kleine Verletzung bestand, oder dass eine Hautkrankheit (Ekzem) vorhanden war. Die Möglichkeit der Infektion auch bei intakter Haut (wenn das Gift etwa unter den Nagel geräth oder in einen Haarfollikel) weist F. nicht von der Hand. Der Schanker tritt als gutartige oberflächliche Erosion auf oder als Geschwür; dieses hat eine unregelmässige, weniger runde Begrenzung, die Induration fehlt bisweilen und oft bestehen ziemlich starke Schmerzen; es giebt ferner hypertrophische Formen, panaritiumähnliche Schanker (Taylor) und eine sehr seltene fungöse Form. Als Complikation kann Lymphangitis und Phlebitis hinzutreten. Die indolente Drüsenschwellung betrifft die Cubital- oder die Axillardrüsen oder beide zusammen. Der Verlauf der im Gefolge der an der Hand befindlichen Schanker auftretenden Syphilis war insofern ein schwerer, als in 14 Fällen tertiäre Erscheinungen auftraten. Die Ursache davon ist aber nicht etwa in einer besonderen Bösartigkeit der auf diesem Wege erworbenen Syphilis zu suchen, sondern hauptsächlich in dem Umstande, dass der Primäraffekt an der Hand sehr häufig verkannt wird und die davon ausgehende Syphilis in Folge dessen erst spät entsprechend behandelt wird.

Von der grössten Wichtigkeit ist nach alledem die Prophylaxe, zumal die meisten derartigen Infektionen in der Praxis erworben werden.

Wermann (Dresden).

3) Philippson theilt folgenden Fall mit.

50jähr., hereditär nicht belasteter Arzt. Mit 24 J. Schanker. Sublimatpillen. Nach einiger Zeit Rhagaden am After und Papeln auf der Schleimhaut der Lippen. Durch Sublimatpillen und Jodkalium Heilung. Im August 1890 am hinteren Ende des Zungenrückens ein median gelegenes Geschwür, das nach Touchirung mit dem Lapisstift und auf Jodkalium hin verheilte. Leukoplakia linguae. Im Juni 1891 am rechten Zungenrande 2 erbsengrosse Knötchen. Die Untersuchung eines durch Probeexcision gewonnenen Stückchens ergab kein sicheres Resultat. Aus der Wunde entwickelte sich ein Geschwür, das durch Jodkalium nicht verheilte. Auf der Zunge bildeten sich zahlreiche kleine Knötchen. Status: Kräftiger Mann. Keine Drüsenschwellungen, Narben u. s. f. Innere Organe gesund. Zunge stark vergrössert, schwer beweglich. Oberfläche mit zahlreichen bis erbsengrossen Tumoren und Geschwüren mit steilen Rändern und bröckligem Belag besetzt. Die Tumoren waren durchscheinend, gelblich. Am Boden der Mundhöhle mehrere derbe Wülste. Keine Schmerzen. Schmierkur ohne Erfolg, sie musste wegen starker Stomatitis unterbrochen werden. Nach 4 Wochen Besserung der Stomatitis, Abflachung der Geschwüre, Schwinden der Knoten. Auf die Darreichung von Jodkalium hin keine weitere Besserung. Nach Verkleinerung der Zunge war am rechten Gaumenbogen ein bohnengrosser Tumor zu sehen. Nach 1½ J. Tod angeblich in Folge von Zungencarcinom.

Brückner (Dresden).

4) Eichhorst berichtet über einen 43jähr. Landwirth. Vor 5 Jahren syphilitisch inficirt, bemerkte der

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Kr. seit 1 Jahre eine Röthung der Nasen- und Wangenhaut und stetig zunehmende Schwellung und Wulstung der Lippen, welche bald eine starke Entstellung verursachten. Die Lippen hatten den Umfang von je 2 Daumen, nach aussen gerollt, sprangen sie rüsselförmig vor und machten den Eindruck eines gleichmässig weichen schwammigen Gewebes. Keine Schmerzempfindung, ebenso ausser undeutlicher Sprache keine Funktionstörung. Geringe indolente Schwellung der submaxillären Lymphdrüsen. Eine im März und April 1890 vorgenommene Schmierkur (5.0 graue Salbe pro die) blieb ohne Erfolg; dagegen wurde durch eine energische Galvanokauterisation im Mai die Unterlippe auf annähernd normalen Umfang zurückgebracht. Eine im Juli 1890 entstandene Sarkocele des rechten Hodens vorschwand wieder nach 3monatigem Jodkaliumgebrauch. Im December hatte die Unterlippe wieder ihren früheren Umfang erreicht; eine neue Schmierkur von 78 Einreibungen zu 9.0 brachte eine langsame, aber nicht unbedeutende Abnahme der Lippen zu Stande, so dass im März 1891 der Kr. wieder ein menschliches Aussehen hatte. Indessen war der Erfolg nicht von Bestand und Pat. verliess ungeheilt das Spital.

Von Interesse ist in diesem Falle, dass die Elephantiasis primär ohne Vermittelung syphilitischer Geschwürsbildung entstand, ferner dass die in der Regel von Elephantiasis verschont bleibenden Lippen ergriffen wurden, und schliesslich, dass die Erkrankung der antisyphilitischen Behandlung sehr hartnäckigen Widerstand entgegensetzte.

5) Während Parrot, welcher zuerst die wahre Natur der sogen. „Lähmungen" der syphilitischen Neugeborenen nachwies, sie noch für ein schweres, häufig zum tödtlichen Ausgang führendes Leiden hielt, sind, nachdem 1883 von Millard die erste Heilung mitgetheilt wurde, bis heute 17 günstig verlaufene Fälle bekannt geworden, denen Moncorvo folgende hinzufügt.

1) Das 3. Kind syphilitischer Eltern, ohne manifeste Erscheinungen von Syphilis, zeigte, nachdem es die Mutter heftig an sich gedrückt hatte, plötzlich eine schlaffe Lähmung des linken Beines; am unteren Drittel des Schenkels spindelförmige, sehr empfindliche Anschwellung, abnorme Beweglichkeit der unteren Epiphyse, Crepitation. Unter Darreichung von Liqueur de van Swieten (Sublimat 1.0, Spir. 100.0, Aq. dest. 900.0) täglich 2 Kaffeelöffel Heilung in 3 Wochen; beträchtliche Gewichtzunahme.

2) Ein 2monatiges Kind, das 10. syphilitischer Eltern, erkrankte 4 Tage nach der Geburt an Pemphigus, besonders der Handteller und Fusssohlen; greisenhaftes Aussehen, Coryza, allgemeine Drüsenschwellung. Eines Tages bemerkten die Eltern ein Herabhängen des rechten Armes, mit welcher Körperseite der Vater das Kind oft an sich gedrückt hatte. Lösung der unteren Epiphyse des Humerus; gleichzeitig fieberhafte Darm- und Lungenaffektionen. Trotz dieser Complikation Heilung des Armes in 14 Tagen unter derselben Behandlung.

3) 3monatiges Mädchen, das einzige am Leben gebliebene von 4 Kindern, von schlechter Ernährung mit Coryza und Plaques muqueuses. Beim Baden fiel der Mutter auf, dass der linke Arm nicht bewegt wurde und sehr schmerzhaft war; Lösung der oberen Epiphyse des Radius, Crepitation. Liqueur de van Swieten. Schwinden aller syphilitischen Erscheinungen, Heilung des Knochens, Gewichtzunahme.

4) 2monatiges Kind syphilitischer Eltern mit Coryza und Fissuren an der Vulva. Seit 1 Monate Lähmung des linken Armes; beide Epiphysen des Radius gelöst. Heilung in 14 Tagen.

5) Ein 2monatiges Kind syphilitischer Eltern mit Coryza, Alopecia und papulösem Syphilid schrie plötzlich auf, als es die Mutter, um es zu stillen, an die Brust legte; der rechte Arm hing schlaff herab. Lösung der Epiphyse des Radius. Nach Einreibung mit grauer Salbe Heilung in 10 Tagen. Wermann (Dresden).

6) Der Fall von Petersen betraf eine 33jähr. Frau. Vor 4—5 Jahren Ulcus lueticum cruris, das nach einer Schmierkur heilte. Im Frühjahr 1892 rechtseitige Pleuritis. Seitdem Husten, Brustschmerz, Athemnoth. *Status:* Schwächliche Person. Temp. 36.0°, Puls 72. Leichte Cyanose. Trachealstridor. Mittelgrosse Struma. Starke Erstickungzufälle. Strumektomie. Die Trachea wurde intakt befunden. Wiederum Erstickungsanfälle. Tracheotomie. Keine Besserung. 4 Std. nach der Operation erfolgte der Tod.

Sektion: Linke Lunge leicht verwachsen. Im Unterlappen graurothe, körnige, nicht scharf abgegrenzte Verdichtungen. Rechte Lunge stark verwachsen. In der Umgebung des Hilus derbes Bindegewebe, welches in der Umgebung der Bronchen ½ cm breit in Ober- und Unterlappen ausstrahlte. Im Unterlappen ein 6 cm langer, 3 cm breiter, grauer, derb elastischer Knoten. Am Hilus ein gleicher kirschkerngrosser, im Mittellappen 2 haselnussgrosse ähnliche Herde. Wand der Bronchen stark verdickt, Lumen, besonders im Hauptbronchus, beträchtlich verengt. Narben in der Schleimhaut. Lumen des linken Hauptbronchus noch stärker verkleinert. Interstitielle Hepatitis. Adhäsive Pelveoperitonitis. Die mikroskopische Untersuchung ergab in der Umgebung der Gummata starke Wucherung des peribronchialen, perivaskulären und interalveolären Bindegewebes. Das Gewebe drückte die Alveolen zusammen und brachte sie schliesslich zum Schwinden, so dass ein rundzellenhaltiges Bindegewebe entstand, in welchem sich nur die Bronchen und die Gefässe mit meso- und endarteriitischen Veränderungen abhoben. Diese Zone umgab einen nekrotischen Herd, welcher mehr oder minder scharf abgegrenzt war. Riesenzellen und Tuberkelbacillen nicht nachweisbar. In der bindegewebigen Zone fand sich eine starke, auffällige, atypische Epithelwucherung. Für die Entscheidung, dass es sich um syphilitische Gummata handle, sprachen ausser der Anamnese die bindegewebige Matrix der Knoten, das Fehlen von Tuberkelbacillen.

Brückner (Dresden).

7) Gerber hat 2mal die Initialsklerose herausgeschnitten.

1) Bei einem Cand. med. auf Wunsch 6 Tage nach der Infektion. Es wurde ein ausgiebiges Stück der Präputialhaut entfernt an einer Stelle, an der der Kr. am Morgen nach dem Coitus eine kleine Rhagade bemerkt hatte, welche er mit Höllenstein geätzt und mit Jodoformcollodium eingepinselt hatte. Die Rhagade war verheilt und die Haut bot ein völlig normales Aussehen dar. 4 Monate später Fieber, typische Roseola.

2) 18jähr. junges Mädchen; nach einem Kuss hatte sich seit 12 Tagen eine mit einer Borke bedeckte Rhagade auf der Oberlippe entwickelt mit etwas callösen Rändern, aber durchaus nicht härter, als dies bei den sogen. aufgesprungenen Lippen zu sehen ist. Auf Wunsch der Pat. Excision; glatte Heilung, aber an Stelle der Narbe Entwickelung einer kleinen, nicht ganz linsengrossen Verhärtung, Anschwellung der Halsdrüsen; nach 3 Wochen Roseola.

Besonders der 1. Fall ist beachtenswerth; die am 6. Tage vorgenommene Excision bewirkte nur eine Hinausschiebung des Exanthems. Da in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Excision doch immer erst viel später möglich sein wird, so erhellt das im Allgemeinen davon zu hoffende Resultat. G. sieht in der Sklerose schon den Aus-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

druck der bereits vollzogenen Syphilisation des Organismus.

8) Lane wendet sich gegen die Behandlung des syphilitischen Schankers mit Quecksilber, so lange nicht ausser der Induration unzweifelhafte Symptome die Diagnose sicher gestellt haben und Allgemeinerscheinungen aufgetreten sind. Handelt es sich um Syphilis, so werden durch eine vorzeitige Quecksilberkur die sekundären Erscheinungen nur hinausgeschoben und nehmen dann einen schwereren Verlauf; auch scheinen in solchen Fällen tertiäre Symptome leichter aufzutreten.

9) Versuche am Kaninchen lehrten Merk, dass die intramuskuläre Injektion von $^1/_2$ ccm von Hydrarg. sozojodol. 0.8, Kal. jodat. 1.6, Aq. dest. 10.0 eine mehr oder weniger ausgeprägte Aetzung hervorrief; eine Reduktion des injicirten Mittels zu metallischem Quecksilber war nicht zu beobachten.

Die klinischen Erfahrungen sammelte M. an 127 Patienten der dermatolog. Universitätsklinik, deren Krankengeschichten im Auszug mitgetheilt werden. Es ergab sich, dass die Roseola in höchst unregelmässigen Zeiträumen und nach einer ganz unberechenbaren Zahl von Injektionen schwand. M. getraut sich daher nicht, dem Medikament in dieser Beziehung irgend welche therapeutische Wirkung zuzuschreiben. Hingegen zeigten die Injektionen eine sehr günstige Wirkung auf die Condylome, welche allerdings gleichzeitig lokal behandelt wurden; ebenso liess sich eine entschiedene Heilwirkung auf die Recidiv-Exantheme feststellen. Ein Kranker mit Stauungspapille auf beiden Augen war nach 8 Injektionen in 36 Tagen fast gänzlich geheilt. Gar nicht wirkte das Mittel auf die Papeln der Rachenschleimhaut. Im Uebrigen wurden Stomatitis, 2mal mässige Enteritis, eine Nephritis stärkeren Grades und oft Albuminurie, sowie häufig Infiltrate und 1mal eine Abscessbildung beobachtet.

10) Blaschko's Fälle fügen sich ähnlichen bereits bekannt gewordenen an.

1) Bei einem 25jähr. Manne stellten sich kurze Zeit nach der Injektion von 0.1 salicylsauren Quecksilbers (Hydrarg. salicyl. 1.0:10 Paraffinum liquidum) ein gewisses Angstgefühl und starker Hustenreiz ein; in der Nacht traten Stiche beim Athmen auf, welche sich zu lebhaften Schmerzen steigerten. Die Perkussion ergab etwas gedämpft tympanitischen Schall rechts vorn von der 4. Rippe bis zur Lebergrenze. Unter feuchtwarmen Einpackungen grosse Erleichterung. Am folgenden Tage ziemlich reichlicher, schleimiger Auswurf mit Blutstreifen; Knisterrasseln. Nach 8 Tagen vollständige Wiederherstellung. Nie wesentliches Fieber.

2) 40jähr. Arbeiter; sofort nach der Injektion starker, $^1/_2$ Std. andauernder Hustenanfall; am folgenden Tage links von der 2. bis 4. Rippe Bronchialathmen, Athmung 40, Puls 100, Temp. 38.2°. Alsbald stellte sich spärlicher, mit Blut vermischter Auswurf ein. Nach weiteren 4 Tagen vollkommenes Verschwinden aller Erscheinungen.

In einigen anderen Fällen trat ebenfalls fast unmittelbar im Anschluss an die Injektion ein sehr starker Hustenanfall auf, ohne dass sich eine nachweisbare Lungenerkrankung entwickelte. B. bezieht die mitgetheilten Erscheinungen auf eine Embolie des Paraffins in die Lungen, wenn die Injektion in eine grössere Muskelvene gemacht wurde, ähnlich den Fettembolien bei Knochenbrüchen. Bedrohliche Erscheinungen können bei so geringen Mengen kaum auftreten; das salicylsaure Quecksilber aber wird verhältnissmässig nur geringe lokale Reizerscheinungen machen und ebenso aufgesaugt werden wie sonst bei der Einspritzung in die Muskeln. Lungenkranke darf man natürlich der Gefahr einer solchen Embolie nicht aussetzen und auch bei Personen mit phthisischem Habitus dürften immer nur kleinere Quantitäten injicirt werden. Um der Verletzung eines Gefässes nach Möglichkeit aus dem Wege zu gehen, empfiehlt es sich, eine schwächere Kanüle zu gebrauchen und nach Durchbohrung der Cutis die Nadel langsam vorzuschieben. Wermann (Dresden).

11) Bei dem medicinischen Congress zu Rom im Jahre 1889 theilte Baccelli eine neue Methode der Verordnung von Chininsalzen mit, nämlich die endovenöse Injektion. B. erzielte mit dieser Behandlung glänzende Resultate und dehnte deshalb diese Methode auch auf die Behandlung hartnäckiger Syphilis aus, indem er in solchen Fällen, in denen alle anderen Behandlungsarten sich als nutzlos erwiesen hatten, endovenöse Injektionen mit Sublimat machte. Jemma wiederholte diese Versuche in der Klinik des Prof. Maragliano in Genua, und zwar zunächst in 4 Fällen von schwerer sekundärer und tertiärer Syphilis. Der Erfolg war ein ausserordentlich befriedigender. Die Methode dieser Injektionskur ist sehr einfach, man bereitet sich, jedesmal frisch, eine 1prom. Sublimatlösung, zu welcher man etwas Chlornatrium hinzufügt, und injicirt von derselben 1 ccm in die V. cephalica. Die Injektion ist fast gänzlich schmerzlos; es wird nur der Stich der Nadel empfunden. Schwellungen oder andere Beschwerden folgen nach derartigen Injektionen nie. Schon durch diesen Vorzug zeichnen sich die endovenösen Sublimat-Injektionen vor den subcutanen aus.

Emanuel Fink (Hamburg).

12) Williams empfiehlt nach dem Vorgange von Berkeley Hill die in England selbst im Frühstadium der Syphilis nur selten angewandte Schmierkur für tertiäre Erkrankungen, welche der üblichen Behandlung mit Jodpräparaten nicht weichen. Wird die Kur in zweckmässiger Weise vorgenommen (Einreibung durch geübte Hand, genügende Pflege der Mundhöhlenschleimhaut und der Zähne, entsprechendes diätetisches Verhalten), so führt sie in kürzester Zeit Heilung herbei. Vor der Inunktion mit Merkuriallanolinsalbe wird täglich ein warmes Bad (28—30° R.) gegeben. Nach 42 Inunktionen eine 14tägige Ruhepause, danach, wenn nöthig, Fortsetzung der Kur, bis im Ganzen die Zahl von 80 Einreibungen erreicht worden ist.

Wermann (Dresden).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

101. **Zur Behandlung des Scheiden- und Gebärmuttervorfalls**; von Prof. F. A. Kehrer in Heidelberg. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 37. 38. 1893.)

Von den zur Erzeugung eines Scheiden-Gebärmuttervorfalles nothwendigen Bedingungen bespricht K. die folgenden: ungewöhnliche Länge, geringe Elasticität und ungenügende Contraktilität des Tragapparates der Genitalien, Erweiterung des Vorhofes und Scheideneinganges, Erschlaffung des Vulvaringes und Scheideneinganges einschliesslich des Constrictor cunni, Steigerung des Bauchhöhlendruckes, geringe Beckenneigung und starke Füllung der Harnblase und des Mastdarmes.

Die Kolporrhaphie ist nach K. angezeigt bei allen Scheiden- und Gebärmuttervorfällen höheren Grades, welche durch ein mittelgrosses Pessar nicht zurückgehalten werden, wenn die Trägerin in die Operation einwilligt und keine besondere Gegenanzeige vorliegt. Bei ca. 60 Operationen unter Cocainanästhesie (1 bis höchstens 2 *Pravaz'*-sche Spritzen mit 5proc. Cocain.-muriat.-Lösung in das Operationsfeld eingespritzt) hat K. niemals einen ernstlichen Unfall beobachtet; dieses Mittel ermöglicht nach K. die Operation auch in den Fällen, in denen die Chloroformnarkose gefährlich erscheint.

Nach K. stellt die Kolporrhaphie nur theilweise die früheren anatomischen Verhältnisse wieder her, so dass sie nicht als Radikal-, sondern nur als Palliativ-Operation bezeichnet werden kann.

Die Grenzschnitte um die zu entfernenden Schleimhautlappen räth K. so zu führen, dass sie an der vorderen Wand an der Grenze der natürlichen Falten des möglichst stark herausgedrängten Vorfalles hinziehen, alles überflüssige, d. h. zu stark in der Fläche entfaltete Gewebe umfassen und nicht zu breite Felder begrenzen; hierdurch wird eine gewisse Mannigfaltigkeit der Anfrischungsfiguren bedingt. Von den verschiedenen Methoden der Kolporrhaphia poster. giebt K. denjenigen den Vorzug, welche die Columna poster. wenigstens in ihren mittleren Abschnitten erhalten, d. h. zwei seitliche, mit den Spitzen aufwärts gerichtete Dreiecke bilden, wobei die Begrenzungschnitte einerseits auf die Columna poster., andererseits auf die seitlichen Scheiden- und Vorhofwände fallen. Nachdem K. in über 100 Fällen nach Hegar operirt hatte, ist er später zur Freund'schen Methode übergegangen. Die Anlegung von Entspannungs- und Vereinigungsnähten, also das alte von Küchler in Darmstadt zuerst aufgestellte Princip der Doppelnaht, wird von K. befürwortet. Als Nahtmaterial bevorzugt er Metalldraht, und zwar Wittenberg's chirurgischen Nähdraht, die Nähte werden erst nach 2—3 Wochen entfernt; etwa 3 Wochen wird Horizontallage im Bette eingehalten und vom 2. Tage an durch innere Mittel für Stuhlgang gesorgt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

102. **Martin's operation on the perineum**; by William S. Cheesman, Auburn. (New York med. Record XLIV. 4; July 22. 1893.)

Ch. bedient sich bei Vorfällen und Dammrissen der Martin'schen Methode: Ausschabung, Amputation der Portio oder Schluss eines Cervixrisses, vordere Kolporrhaphie mit fortlaufender Catgut-Etagennaht, doppelte seitliche Elytrorrhaphie zu beiden Seiten der Columna rugarum post., endlich viereckige Anfrischung und Dammnaht (ebenfalls Etagennaht). Auch die completen Dammrisse werden mit der fortlaufenden Etagennaht von der Wunde aus, ohne Durchstechung der Mastdarmschleimhaut, geschlossen.

Ch. hat nach dieser Methode 10mal operirt, darunter 2 complete Dammrisse. Die Prolapsoperationen hatten mit einer Ausnahme gute Erfolge. In diesem Falle Infektion der Wunde. Trotzdem Schlussresultat gut.

In dem ersten Falle von completem Dammriss Misserfolg (Stuhlgang am 5. Tage eingeleitet, worauf die Catgutnaht nachgab). Dieselbe Frau wurde zum 2. Male mit Erfolg operirt, eine 2. gleichfalls. Stuhlentleerung bei beiden erst in der 3. Woche.

Ch. wandte die fortlaufende Catgutnaht auch bei 3 frischen incompleten und einem completen Dammriss mit Erfolg an. Präger (Chemnitz).

103. **Ueber die Indikationen, die Technik und die Erfolge der Adnexoperationen**; von F. Schauta. (Wien. med. Wchnschr. XLIII. 24—27. 1893.)

Sch. giebt sein bei der V. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie erstattetes Referat wieder. Bei 6315 gynäkologischen Kranken beobachtete Sch. 1130 Fälle = 17.8% von entzündlichen Adnexerkrankungen. Bei vorhandenem Eiter lassen Anamnese, Untersuchung, wie auch die Temperaturverhältnisse vor der Operation sich nicht für die Erkenntniss der Natur des Eiters, ob derselbe steril, gonokokken-, streptokokken- oder staphylokokkenhaltig ist, verwerthen. Auch bei sterilem Eiter giebt es hohe Temperaturen und unter 112 Fällen ohne Temperaturerhöhung wurden in 9 Streptokokken gefunden.

Bei leichter Erkrankung empfiehlt Sch. Massage, bez. symptomatisches Verfahren, warnt dagegen vor Curettement und galvanischer Behandlung. Indikation zur Operation sind das Zusammentreffen schwerer Symptome bei mindestens fingerdicker Tube und grössere Eiteransammlungen auch ohne drängende Symptome.

Operationstechnik: Beckenhochlagerung. In *einfachen* Fällen: Loslösung der Adhäsionen, Entfaltung des Lig. latum, dann Unterbindung mit fortlaufender Partienligatur. Bei *grossen*, den Bauchdecken anliegenden Eitersäcken: Bauch-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

schnitt, Untersuchung der beiderseitigen Adnexe; eventuell Entfernung der weniger erkrankten Adnexe der anderen Seite, dann Vernähung des Periton. pariet. mit der Sackwand. Probepunktion. Mikroskopische Untersuchung des Eiters. Ist der Eiter steril oder gonokokkenhaltig: Eröffnung und Auswaschung des Sackes, darauf Loslösung der Nähte und Exstirpation des Sackes. Wenn Staphylo- oder Streptokokken gefunden werden: Eröffnung des Sackes nach 6 Tagen. Bei mit der Bauchwand verwachsenen Säcken einzeitige Operation, desgleichen bei grossen Säcken, die nur dem Scheidengewölbe anliegen. Bei mehrfachen Säcken wäre in letzterem Falle vielleicht nach dem Vorgange von Péan und Ségond die Uterusexstirpation vorzuziehen.

Bei *mittleren* Säcken, die oft platzen, schon weil der Verschluss häufig durch Verwachsung der Ampulle mit dem Douglas'schen Raume entsteht, empfiehlt Sch., falls im Eiter Staphylo- oder Streptokokken gefunden werden oder bei etwaigen Darmverletzungen, die Tamponade nach Mikulicz.

Uebrigens hält Sch. die Entstehung einer allgemeinen Peritonitis durch Gonokokken nicht für ausgeschlossen. Seine beiden Fälle sind allerdings nicht beweiskräftig. In 2 Fällen, in denen der Pyosalpinxeiter Gonokokken enthielt, starben die Kr. an Peritonitis; im peritonitischen Eiter fanden sich neben Staphylokokken zahlreiche Gonokokken. Demnach wären die Kr., bei denen Gonokokken nachgewiesen sind, gleich denen mit Strepto-, bez. Staphylokokken zu behandeln.

Von 216 Operirten wegen Adnexerkrankungen sind 13 gestorben = 6%, darunter 2 Todesfälle an Pneumonie und Lungengangrän. Von 144 Kr. ohne Eiter oder mit sterilem Eiter starben 4 = 2.8%, von 33 mit Gonokokken 3 = 9% und von 15 mit Staphylo- oder Streptokokken 3 = 20%. Die von Sch. angeführten Zahlen sprechen für den Werth der Drainage. Nach den eingegangenen Berichten blieben dauernd von ihren Beschwerden befreit 82.6% der Kr. Präger (Chemnitz).

104. **De l'ablation par le vagin des annexes de l'utérus encystées dans une pelvipéritonite**; par Laroyenne, Lyon. (Ann. de Gynécol. XL. p. 5. Juillet 1893.)

L. empfiehlt bei pelviperitonitischen Herden, die sich um die Adnexe herum gebildet haben, die Incision des Tumor mit folgender Aufsuchung und Entfernung der Adnexe, falls sie krankhaft verändert sind. Bei serösem, serös-eiterigem oder serös-blutigem Inhalt des Sackes handelt es sich um eine abgesackte Pelveoperitonitis; bei nicht stärker veränderten Adnexen genügt hier oft schon die einfache Incision. Ebenso kann man die Hämatocelen behandeln. Wenn sich eine Eiterung ohne Einschluss der Adnexe findet, handelt es sich um eine Salpingitis. Dann sind Ausspülungen der Höhle erforderlich.

L. schliesst die Beschreibung der einschlägigen Fälle an.

[Die Ausführungen L.'s werden kaum allgemeine Anerkennung finden. Ref.]

Präger (Chemnitz).

105. **Die sogenannten „conservativen Operationen" an Ovarium, Tube und Uterus**; von A. Martin. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 30. 1893.)

Die beschränkten Operationen an Ovarium, Tube und Uterus bei Geschwulstbildungen und anderen Erkrankungen haben nach M. bis jetzt eine so geringe Verbreitung gefunden, dass sich M. veranlasst fühlt, immer wieder auf diese „conservativen Methoden" hinzuweisen.

Die Resektion des einen Ovarium nach Exstirpation des anderen, bez. mehrfache Punktionen hydropischer oder hämorrhagischer Follikel derselben hat M. 27mal ausgeführt; von 24 auf diese Weise Operirten wurden 8 später gravid. Sobald die Erkrankung des Ovarium einen funktionsfähigen Rest von Ovarialgewebe nicht mehr übrig lässt, und überall da, wo ein eiteriger Process erkennbar wird, ist die Exstirpation des *ganzen* Ovarium angezeigt; für die kleine Zahl von Fällen aber, in welchen es sich um Oophoritis chronica und um circumscripte Neubildungen handelt, zieht M. die *partielle* Resektion vor. Die Resektion atretischer Tuben nach Exstirpation des erkrankten anderen Ovidukts führte M. 40mal aus; 1 Frau concipirte später. Im Anschluss an die 141 Enucleationen intraparietaler Corpusmyome sind 26 Frauen gestorben, von den 115 Ueberlebenden sind 5 von Neuem myomatös erkrankt und 2 haben concipirt.

M. weist nach, dass diese conservativen Operationen keine wesentlich höheren Gefahren bieten, als die radikalen, dass die Frauen überwiegend häufig von ihren Beschwerden befreit werden und bleiben, dass Recidive, bez. Erkrankungen der resecirten Organe zu den Ausnahmen gehören, dass den Frauen die weiblichen Funktionen erhalten bleiben, dass Schwangerschaft auch bei solchen theilweise erhaltenen Organen möglich ist und dass schliesslich die Geburt ohne besondere Gefahren verläuft.

M. fragt, ob eine solche Art conservativen Verfahrens unter den angeführten Voraussetzungen nicht zur Pflicht des Operateurs wird, der in diesen Fällen kein Recht besitzt, die weiblichen Funktionen unwiederbringlich zu beseitigen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

106. **Des opérations conservatrices de l'ovaire** (*Résection, ignipuncture*); par S. Pozzi. (Ann. de Gynécol. XXXIX. Mai 1893.)

Nach dem Vorgange von A. Martin hat auch Pozzi das conservative Verfahren bei Operationen an den Eierstöcken angewendet, im Gegensatz zu

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Martin und Skutsch empfiehlt er dasselbe aber nur bei intakter Tube. Die Salpingotomie bei verschlossener Tube verwirft er, da die physiologische Funktion der Tube bei nicht mehr intakten Wandungen, besonders bei Verlust des Flimmerepithels, doch nicht wieder herzustellen ist. Gesund erscheinende Reste des Eierstockes sind zu schonen bei einkammerigen Cysten, Dermoidcysten, beginnenden proliferirenden Cysten, grossen Follikelcysten und Cysten des Corpus luteum, nachdem man sich durch Sondirung überzeugt hat, dass der Eileiter noch durchgängig ist. Die Resektion wird keilförmig gemacht, beide Wundflächen werden vernäht und schliesslich wird die Ampulle des Eileiters am Eierstockrest fixirt.

Bei kleincystischer Follikeldegeneration punktirt P. die Cysten mit dem Thermokauter und verschorft ihre Innenfläche. Bei diffuser Oophoritis empfiehlt es sich, mit der Spitze des Thermokauters tief in das ödematöse Stroma einzudringen. Nachtheile irgend welcher Art hat P. davon bis jetzt nicht gesehen. Im Ganzen hat er 12 Frauen nach der conservativen Methode behandelt, 6 mit Resektion, 6 mit Ignipunktur. Bei sämmtlichen kehrte die Menstruation wieder; bei allen, mit Ausnahme einer Hysterischen, liessen die Schmerzen nach der Operation nach. Präger (Chemnitz).

107. **Hyperplastic salpingitis and its operative treatment by drainage**; by Christian Fenger, Chicago. (New York med. Record XLIII. 22; June 3. 1893.)

F. berichtet über 2 operative Heilungen von Eileitererkrankungen.

I. 29jähr. Frau, steril. Vor 11 Jahren gonorrhoische Infektion. 1½ Jahre nach der Verheirathung 2 Monate bettlägerig. Heftige Schmerzen in der linken Inguinalgegend und Fieber. In den letzten 10 Jahren wiederholte derartige Anfälle. 1890 schlimmer Anfall einer Beckenentzündung. Seitdem Invalidität. Mai 1891 erneute Anfälle. Juni 1891 Befund: Kein Fieber. Uterus nach rechts verlagert durch einen apfelsinengrossen Tumor im linken Lig. latum. Nur geringe Beweglichkeit zwischen Uterus und Tumor. Probepunktion per vaginam ergab Eiter und rief 24stündiges Fieber hervor. Diagnose: Pyosalpinx gonorrh. mit einem Beckenexsudat.

Operation am 22. Juni 1892. Apfelsinengrosser Tumor. Stumpfe Ausschälung, kein Stiel. Rechte Tube und Ovarium gesund. Drainage mit Jodoformgaze um ein Glasrohr gewickelt. Verlauf ohne Besonderheiten. Befinden jetzt im Wesentlichen gut.

Der entfernte runde Tumor bestand aus den Windungen der verlängerten und verdickten Tube, die miteinander verwachsen waren. Die Dicke der Tubenwand betrug 3 mm bis 1.5 cm. Der Kanal war wenig erweitert, mit nur spärlichem schleimig-eiterigen Inhalt.

Das abdominale Ende war verschlossen und in der Masse des Tumor vergraben. Mikroskopisch fand sich eine chronische subperitonäale Lymphangitis, chronische Periphlebitis. Alle Gewebeschichten von aussen bis zur Submucosa zeigten Entwickelung jungen Bindegewebes, die Mucosa gleichfalls, mit Verlust des Epithels.

II. 28jähr. Frau. 3 gesunde Kinder, letztes vor 3 Jahren. Vor 2 Jahren gonorrhoische Infektion. April 1891 Beckenentzündung. Ende Mai Eröffnung eines Abscesses per vaginam. Seit August 1891 Eiterabgang per rectum. November 1891: Abgemagerte Frau, Abends Fieber. Tumor in der linken Regio hypogastrica, 7½ cm über die Symphyse reichend. Uterus nach rechts verdrängt. Tumor hoch im Beckeneingang. Keine deutliche Fluktuation des Tumor. Diagnose: Pyosalpinx, wahrscheinlich ein Abscess im linken Lig. latum mit dem Darm communicirend.

Operation am 17. Nov. 1891. Eine hühnereigrosse Cyste auf dem Tumor wurde incidirt, eine haselnussgrosse excidirt. Ausgedehnte Verwachsungen mit Dünndarm und Flex. sigmoid., die nur 5 qcm der Tumoroberfläche frei liessen. Probepunktion negativ. Annähung der Oberfläche des Tumor an einen losgelösten Peritonäallappen. Eröffnung nach 7 Tagen mit dem Thermokauter. Kein Eiter. Drainage. Die Kr. hat sich sehr erholt. Kein Eiterabgang per rectum. Präger (Chemnitz).

108. **Remarques cliniques, anatomiques et opératoires à propos de 59 cas consécutifs de laparotomie pour lésions suppurées péri-utérines. Suites immédiates et éloignées de l'opération**; par T. Terrier et H. Hartmann. (Ann. de Gynécol. p. 417. Mai 1893.)

Bis Ende 1892 machten T. und H. 59mal den Bauchschnitt wegen Eiteransammlung im Becken. In 47 Fällen war der Sitz der Eiterung festgestellt, darunter waren 42 Tubeneiterungen, ein Beckenabscess, der mit dem Rectum communicirte, 3 Ovarialabscesse und nur eine Pelveoperitonitis mit mehreren Eiterkammern.

Die Tubenabscesse sassen zum grössten Theil im abdominalen Ende der Tube, 8mal war der Eiter schon vor der Operation in den Darm durchgebrochen, einmal in Blase und Darm.

Die Operation ist die gewöhnliche aseptische. Darmverletzungen werden genäht. Ueber die erste Nahtlinie wird die Serosa durch eine weitere zweite herangezogen. In complicirten Fällen Drainage. T. und H. versuchen durch Fixation des Netzes den Ort der Verletzung von der übrigen Bauchhöhle abzuschliessen. In mehreren Fällen wandten sie pinces à demeure zur Blutstillung an. 3mal wurde der Wurmfortsatz resecirt. Von 59 Operirten sind 7 gestorben.

Die Resultate für die Lebenden waren folgende: 42 sind vollständig genesen, 2 sind noch leidend, während 2 zeitweilig geringe Schmerzen haben. 22 haben ihre Regel verloren, 6 haben regelmässige Menstruation, die anderen unregelmässige, davon 2 starke Blutungen, die das Curettement nothwendig machten.

T. und H. betonen die Vorzüge der Laparotomie gegenüber der in Frankreich sehr eingeführten Hysterektomie zur Heilung von Beckeneiterungen.

Die einzige Unannehmlichkeit war das Zurückbleiben von Kothfisteln in 6 Fällen, die aber die Kranken nur wenig genirten, so dass nur 2 zur Heilung in's Hospital zurückkehrten.

T. und H. halten die Hysterektomie nur gerechtfertigt bei Eiterungen im periuterinen Zellgewebe und bei den seltenen Pelveoperitonitiden mit mehreren Kammern. Im ersteren Falle genügt aber oft auch die einfache Incision. Präger (Chemnitz).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

109. Symphyseotomie.

1) *Ueber Symphyseotomie;* von Schwarze in Berlin. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 8. 9. 1893.)

Schw. hat seine Beobachtungen an 6 Leichen gemacht. Schwierigkeiten entstanden bei Verknöcherung des Schamfugenknorpels. Im Gegensatz zu Leopold's Ansicht fand Schw., dass erst nach Durchschneidung der ganzen Symphyse Klaffen eintrat. Je mehr man die Beine spreizt oder auf die Hüften drückt, desto weiter wird der Spalt (bis zu 7 cm), doch beginnt über 3—4 cm Einreissen der vorderen Bandfasern der Ileosacralgelenke.

Die beiden Verbindungslinien der Symphysenenden mit dem Promontorium verlängern sich um 2mal soviel Millimeter, als der Spalt Centimeter beträgt. Viel bedeutender ist die Vergrösserung des queren (um die Hälfte des Symphysenspaltes) und des schrägen Beckendurchmessers. Aus den neuesten Publikationen stellt Schw. 36 Fälle von Symphyseotomie zusammen. Keine Mutter starb; 34 Kinder wurden am Leben erhalten. Trotzdem hält Schw. die Operation nur ausnahmeweise in der Privatpraxis für ausführbar.

Die unterste Grenze der Conjugata vera, bei der die Symphyseotomie zulässig ist, setzt Schw. auf 7.5 cm fest. Es kommen vor Allem in Betracht das einfach platte und die geringeren Grade des rhachitisch platten Beckens, wenn Gefahr für das kindliche Leben eintritt, nachdem es für die prophylaktische Wendung zu spät oder für die Zangenentbindung zu früh ist. Schw. empfiehlt für die Privatpraxis mehr die Wendung, während er bei Erstgebärenden in der Klinik stets die Symphyseotomie anräth. Letztere bietet besondere Vortheile bei allgemein gleichmässig und allgemein verengtem platten Becken, da sämmtliche Beckendurchmesser erweitert werden, während bei querverengtem oder skoliotischem Becken auf Gelenkankylosen u. s. w. Rücksicht zu nehmen ist.

Schw. meint ferner, dass die Symphyseotomie geeignet sei, die Sectio caesarea bei relativer Indikation, die Frühgeburt bei einer Conjugata bis 7.5, sowie die Perforation der lebenden Kinder zu ersetzen, er räth ferner, sie bei abnorm grossen Kindern und normalem Becken, sowie bei Stirn- und Gesichtslagen, wenn es für die Wendung zu spät ist und die richtige Drehung ausbleibt, zu versuchen. Präger (Chemnitz).

2) *Ueber den Schamfugenschnitt;* von Dr. Louis Burckhardt. Aus der geburtshülfl.-gynäkolog. Klinik in Basel. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXIII. 12. p. 417. 1893.)

Bei der Feststellung der Anzeigen für die Symphyseotomie kommen nach B. in Betracht: die Beckenform, die Geburtsphase und das Verhalten von Mutter und Kind. Die Symphyseotomie verspricht ein günstiges Resultat beim einfach platten Becken, beim rhachitisch platten Becken, beim gleichmässig und ungleichmässig allgemein verengten Becken und beim Trichterbecken. Beim osteomalacischen, beim stark rhachitisch schräg verengten, beim durch Beckentumoren missformten und beim ankylotischen Becken bietet die Operation dagegen keine Aussicht auf Erfolg. Als untere Grenze der Beckenverengerung nimmt B. 6.5 cm Conjugata vera an. Bezüglich des zur Ausführung der Operation richtigen Zeitpunktes kann man sich im Grossen und Ganzen an die Regeln halten, welche für die hohe Zange gelten.

B. theilt 3 Fälle mit, in welchen Fehling die Symphyseotomie ausgeführt hat. Sie betreffen eine Erstgebärende mit einfach plattem Becken geringeren Grades (Conj. vera = 10.5—11.0 cm), eine Fünftgebärende mit plattem Becken und Conj. vera von 7.0—7.25 cm und schliesslich eine Erstgebärende mit allgemein verengtem, rhachitisch plattem Becken und Conj. vera von 6.5 bis 6.75 cm. Sämmtliche Mütter genasen; 2 Kinder starben je am 10. und am 18. Tage post partum, im ersten Falle war die künstliche Frühgeburt eingeleitet worden.

Nach den mitgetheilten Erfahrungen glaubt B., die Symphyseotomie „ruhig unter die Zahl der geburtshülflichen Operationen als vollberechtigt aufnehmen" zu dürfen. „Unter die sogenannten leichten Operationen dürfen wir sie aber gleichwohl nicht rechnen, Operation und Wochenbett bieten so viele Schwierigkeiten dar, dass die Ausführung eigentlich nur unter den günstigsten äusseren Verhältnissen möglich ist".

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

3) *De l'agrandissement momentané du bassin oblique ovalaire par ischio-pubiotomie;* par L.-H. Faraboeuf. (Ann. de Gynécol. XXXVIII. p. 401. Déc. 1892.)

F. schildert die Geschichte der Einführung der Symphyseotomie in Frankreich, deren Verdienst Pinard gebührt, er empfiehlt stets die volle Durchschneidung der Symphyse und spricht sich gegen die Anwendung der hohen Zange aus. Er widerspricht den deutschen Autoren, die eine vollständige Durchtrennung der Symphyse für unnöthig halten.

Um die Vortheile der Symphyseotomie auszunützen ist eine Beweglichkeit beider Sacroiliacalgelenke nothwendig. Für das Naegele'sche, schräg verengte Becken mit Ankylose eines Sacroiliacalgelenkes empfiehlt F. auf Grund von Leichenversuchen die Ischiopubiotomie. Er legt zunächst unter Controle von der Scheide aus das Sitzbein bloss, löst die Weichtheile los und durchtrennt den Knochen mit der Kettensäge, desgleichen das Schambein 4 cm nach aussen von der Mittellinie.

An der Lebenden hat F. die Operation einmal, am 9. Nov. 1892, 5 cm nach aussen von der Symphyse auf der ankylosirten Seite ausgeführt (der Kopf stand vorher über dem Becken). Darauf leichte Zangenextraktion eines 3970 g schweren Kindes. Wunde gut verheilt. Becken fest.

4) *De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1892;* par A. Pinard. (Ann. de Gynécol. XXXVIII. p. 431. Déc. 1892.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Im Jahre 1892, „dem Jahre der Wiedergeburt der Symphyseotomie", hat P. diese Operation an 13 Frauen ausgeführt. Sämmtliche Frauen genasen. Keine erlitt eine schwerere Verletzung bei der Operation, nur 3 hatten kleine Risse am Vestibulum und der vorderen Vaginalwand. Alle haben wieder ein festes Becken. Etwas weniger günstig waren die Resultate für die Kinder. Alle wurden lebend geboren, eines starb an Lebensschwäche, zwei dagegen in Folge von Schädelverletzungen durch die Zange.

P. spricht sich für eine vollständige Durchtrennung der Symphyse, einschliesslich des Lig. arcuatum aus. Er nimmt die Durchtrennung nach Einführung des Fingers hinter die Schamfuge von vorn nach hinten vor. Bei Durchtrennung des Ligaments wird die Harnröhre mit dem Katheter nach unten seitlich gezogen. P. erhielt dann leicht, besonders bei vorsichtiger Spreizung der Schenkel eine Erweiterung von 4—6 cm. Ist diese nicht genügend, so benutzt er den „Ecarteur interpubien" von *Collin*.

P. räth, nicht zu lange auf den spontanen Durchtritt des Kopfes zu warten, sondern sich der Zange zu bedienen, betont aber die Nothwendigkeit der schulgerechten Anlegung der Zange, unter Umständen nach manueller Verbesserung der Kopfstellung. Nach der Entbindung Uterusausspülung und Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze. 4 tiefe Silberdrahtnähte durch die Weichtheile. In der Klinik Lagerung in ein dazu construirtes Bett mit seitlichen Polstern oder in eine *Bonnet*'sche Hose, in der Privatpraxis einfache Bandage. P. lässt in der Regel die Kr. erst gegen den 20. Tag aufstehen.

Bemerkenswerth ist, dass P. im Jahre 1892 keine Perforation des lebenden Kindes mehr gemacht hat.

5) *Vingtième symphyséotomie pratiquée à la clinique Baudelocque. Mort de la femme le 9me jour; enfant vivant;* par Pinard. (Ann. de Gynécol. XXXIX. p. 529. Juin 1893.)

31jähr. Fünftgebärende, welche 3 lebende Kinder ohne Kunsthülfe, sowie ein todtes (Zangenentbindung) geboren hatte. Ende der Schwangerschaft. Beginn der Wehen kurz nach dem Blasensprung am 15. April 3 Uhr Nachmittags. Am 17. Ueberführung in die Klinik. Befund: 1. Schädellage. Kopf nicht in's Becken eingetreten. Herztöne des Kindes unregelmässig. Muttermund fünffrankstückgross; Ränder ödematös. Conj. diag. geschätzt auf 10.4 cm. Aus der Scheide stinkender Ausfluss. Nach Desinfektion der Scheide Symphyseotomie, dann Entwickelung des Kindes mit Forceps. Dem Kinde folgte eine stinkende Flüssigkeit mit Gas gemischt. Keine Weichtheilverletzung. Kind asphyktisch, schrie nach 9 Minuten. Auswaschung der Scheide und der Gebärmutter. Silberdrahtnaht der Wunde. Am 20. Schüttelfrost und Fieber, das trotz permanenter Uterusspülungen anhielt. Am 26. Entfernung der Nähte; 2 Stunden darauf Entleerung eines Weinglases übelriechenden Blutes aus dem unteren Wundwinkel. Am 27. April 6 Uhr Vormittags Tod. Die bakteriologische Blutuntersuchung ergab Staphylokokken. *Sektion:* Die Symphyse klaffte 2.3 cm weit. Der prävesicale Raum war mit einem grossen Blutgerinnsel gefüllt, kein Eiter. Keine Peritonitis. Ileosacralgelenke intakt. Diagnose: Septikämie. Kindliche Kopfdurchmesser: Bipariet. 9.3, Bitemp. 8.0, Occipitoment. 12.2. Gewicht 3700 g. Vom 21. bis 23. April fieberte das Kind, dann gedieh es gut.

6) *The restoration of symphyseotomy;* by H. J. Garrigues, New York. (Med. Record XLIII. 20; May 20. 1893.)

Der vor der New York Academy of Medicine gehaltene Vortrag G.'s bringt zu der Fluth von Beiträgen über die Symphyseotomie kaum etwas Neues.

Seit 1866 sind 122 Frauen operirt worden, 12 starben, 1892 66 Frauen, 5 Todesfälle. In den Vereinigten Staaten z. Z. 17 Frauen, 3 Todesfälle.

Nach der historischen Einleitung bespricht G. die durch die Operation geschaffene Raumveränderung, die Indikationen und die Operationstechnik, die Prognose und das Verhältniss zu den übrigen geburtshülflichen Operationen.

Er hält die Symphyseotomie für diejenige Operation, die in Zukunft die Perforation des lebenden Kindes, die Frühgeburt, die Sectio caesarea bei relativer Indikation, sowie in einer Anzahl von Fällen auch die Porro-Operation, Zange und Wendung ersetzen soll. G. spricht gegen eine versenkte Drahtnaht der Symphyse, da sie eine 2. Operation erschwere.

7) *Symphysiotomy versus its substitutes; with the report of a case of symphysiotomy;* by Charles P. Noble, Philadelphia. (Med. News LXII. 7; Febr. 18. 1893.)

Seit 8. Januar 1886 sind 57 Symphyseotomien ausgeführt worden, nur eine vorher inficirte Frau starb, alle Kinder wurden lebend geboren, 6 starben bald nach der Operation.

Unter 125 Operationen nur 1 Fall von Erkrankung des Sacroiliacalgelenks [ob nach Verletzung?]. Als unterste Grenze für die Operation nimmt N. eine Conjugata von 7 cm an. Er hält die Symphyseotomie für die Operation, die in Zukunft den Kaiserschnitt bei relativer Indikation, die Perforation des lebenden Kindes und die künstliche Frühgeburt ersetzen soll.

N.'s eigener Fall ist folgender.

30jähr. Fünftgebärende. 1. Entbindung durch Zange, Kind starb kurz nach der Geburt; 2. spontan, kleines Kind; 3. Sectio caesarea durch Howard Kelly; 4. künstliche Frühgeburt in der 36. Woche, hohe Zange; sehr schwierige Entbindung.

Beckenmaasse: Sp. 24 cm, Cr. 26 cm, Tr. 29 cm, Conj. ext. 16.5 cm, Conj. diag. 8.5 cm, Conj. vera 7 cm.

Am 5. Dec. 1892 Symphyseotomie, 11 Stunden nach Wehenbeginn, bei erweitertem Muttermund und abgeflossenem Fruchtwasser; darauf hohe Zange. Schwierige Extraktion. Gewicht des Knaben 8 Pfund. Kopfmaasse Bip. 9.5, Bit. 9.0 cm. Nach dem Symphysenschnitt Auseinanderweichen der Knochen nur $^3/_8$ cm, während der Zangenextraktion $6^1/_4$ cm.

Das asphyktische Kind wurde in 10 Min. belebt. Normales Puerperium. Gelenkverbindung nach 2 Wochen fest. Die Frau wurde nach 4 Wochen entlassen.

In der anschliessenden Diskussion im College of Physicians of Philadelphia erwähnt Harris, dass bisher 11 Symphyseotomien in Amerika ausgeführt seien;

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

10 Frauen und 8 Kinder wurden gerettet. Hirst bringt einen Vorschlag Mitchell's vor, den Versuch zu machen, das Becken dauernd weit zu halten durch Einheilung von Elfenbein oder auf andere Weise. [Besser jedenfalls durch einen Periostknochenlappen. Ref.]

8) *Symphysiotomy with the report of an operation;* by Barton Cooke Hirst, Philadelphia. (Med. News LXI. 16; Oct. 15. 1892.)

H. berichtet über die ersten beiden in den Vereinigten Staaten ausgeführten Schamfugenschnitte.

1) Erstgebärende. Wehenbeginn 30. September 1892 1 Uhr Nachts. 10 Uhr Vorm. erschien das Hinterhaupt in der Schamspalte, doch war der weitere Fortgang der Geburt durch Verengerung des Beckenausgangs (Diam. büschiad. 7.5 cm) gehemmt. Vergebliche Zange. 11½ Std. nach Sichtbarwerden des Kopfes Symphyseotomie durch Dr. Jewett. Entwickelung des Kopfes durch Druck von oben und vom Mastdarm aus. Normales Wochenbett. Das Kind starb 24 Stunden post partum.

2) 19jähr. Erstgebärende. 2. Schädellage. Beckenmaasse Sp. 25 cm, Cr. 27, Tr. 30.5, Conj. ext. 18, Conj. diag. 9.5, Conj. vera 7.75. Wehenbeginn am 1. Oct. Vormittags; am Montag Vormittag Kopf noch beweglich. Symphyseotomie. Zangenentbindung. Kopfmaasse des Kindes Bitemp. 7.5 cm, Bipar. 9.0, Frontooccip. 12.0, Mentooccip. 13.5, Umfang 34.0. Mutter und Kind befinden sich wohl.

9) *Symphysiotomy in private practice;* by Harry McKennan, Paris (Illinois). (Med. News LXII. 5; Febr. 4. 1893.)

31jähr. Frau. Conj. vera 6.75 cm; hatte 2mal geboren; beide Male Kraniotomie. Am 15. Dec. 1892 11 Uhr Nachts Wehenbeginn. 8 Stunden später Muttermund vollständig offen. Die Blase stand nicht mehr, Nabelschnur vorgefallen. Reposition. Am 16. Dec. 10 Uhr 30 Min. Vorm. Symphyseotomie. Die Vereinigung der Schambeine war so fest, dass M'K. die Säge anwenden musste. Nach Vollendung der Operation zeigte sich das Kind in 2. Schräglage, linker Arm und Nabelschnur waren vorgefallen. Nabelschnur und Arm wurden reponirt und die Wendung auf den Kopf gemacht, dann Zange. Klaffen der Schambeine auf ca. 7.5 cm. Entwickelung des Kindes leicht.

Mit Ausnahme einer Temperatursteigerung glatte Genesung. Das Kind gedeiht gut.

10) *A clinical contribution to the subject of symphysiotomy;* by Egbert H. Grandin, New York. (Amer. Journ. of the med. Sc. CV. 5. p. 517. May 1893.)

1) 19jähr. Erstgebärende. Blase vor 4 Stunden gesprungen. 1. Schädellage. Kopf trotz kräftiger Wehen nicht in's Becken eingetreten. Beckenmaasse: Sp. 19.5 cm, Cr. 23.6, Conj. diag. 17.5, Conj. vera 7.75. Zangenversuch erfolglos. Darauf Durchtrennung der Symphyse. Die Schambeinränder traten 3 cm auseinander, während der schwierigen Zangenentbindung noch 1.5 cm mehr. Tiefe Silkwormgut- und oberflächliche Catgutnähte. Kopfmaasse des Kindes Bitemp. 7.5, Bipariet. 8.2, Occipitoment. 12.6, Umfang 33.75 cm. Das Kind gedieh gut. Die Mutter bekam am 2. Tage post part. einen submammären Abscess, dann einen Abscess in der Nahtlinie, am 10. Tage eine vesico-abdominale Fistel und endlich eine Laryngitis und eine doppelseitige Schenkelphlebitis [!]. Am 34. Tage lief die Kr. wieder. Die Symphysenenden waren gut vereinigt.

2) 23jähr. Erstgebärende, 135 cm gross; infantiles Becken. Conj. vera 7.5 cm. Versuche, die Frühgeburt einzuleiten, schlugen fehl. Wehenbeginn am 20. Febr. 1893. Manuelle Erweiterung der Cervix, darauf Symphyseotomie und Wendung auf die Füsse. Kindliche Kopfmaasse: Bitemp. 6.6, Bipariet. 8.4, Occipitoment. 12.3, Umfang 32.75 cm. Glatte Reconvalescenz der Mutter. Geringe Beweglichkeit der Symphyse. Das Kind gedieh gut.

Gr. findet einen besonderen Vortheil der Symphyseotomie darin, dass eine stärkere Schädelcompression mit ihren Folgen (Epilepsie, Idiotismus) vermieden wird.

11) *Remarks on symphyseotomy;* by Henry C. Coe, New York. (Med. Record XLIII. 16. April 22. 1893.)

Angeblich 28-, wahrscheinlich 38jähr. Erstgebärende. Geistig: „sonderbar". Beckenmaasse Sp. 24.0, Cr. 26.5, Conj. ext. 19.0, Conj. vera 8.75 cm. Wehenbeginn am 5. Febr. 5 Uhr Vorm. mit dem Blasensprung. 2. Schädellage. Der Kopf trat nicht in's Becken ein. C. erweiterte zunächst die Cervix, führte darauf die Symphyseotomie aus. Erst mit Durchschneidung des Lig. arcuatum traten die Schambeine 5 cm weit auseinander. Sodann Wendung auf die Füsse und Extraktion. Die Extraktion des Kopfes war schwierig. Nur Schluss der äusseren Wunde, ohne Naht des Bandapparats. Kindliche Kopfmaasse Bitemp. 8.0, Bipariet. 10.5, Occiptobregm. 11.5 cm.

Die Frau blieb fieberlos; bald aber entwickelte sich eine akute Manie. Schliesslich Demenz mit Hemiplegie und Anästhesie, Sphinkterparalyse. Symphyse anfangs noch beweglich. Am 5. April Autopsie: Kein Gehirnleiden nachweisbar. Geringe chron. Nephritis. Symphyse fest vereint.

12) *Symphyseotomy for labor rendered impossible by flat rachitic pelvis;* by Edward P. Davis, Philadelphia. (Med. Record XLIII. 19; May 13. 1893.)

Viertgebärende. 1 Kind todtgeboren (Zange), 2 lebend. Am 8. März Wehenbeginn. 1. Schädellage. Kopf quer am Beckenrand, hinteres Scheitelbein gegen das Promontorium gestemmt. Die Blase stand. Beckenmaasse Sp. 28.0, Cr. 28.0, Conj. ext. 18.0, Conj. vera 8.5 cm. Ueberführung in das Jefferson Hospital, dort Symphyseotomie. Die Durchschneidung mit dem Galbiatimesser war schwierig. Entwicklung des Kindes mit der *Tarnier*'schen Zange. Kopfmaasse Bipariet. 9.0, Frontoment. 9.0, Occipitoment. 13.5 cm. Naht von ⅔ der Wunde, unteres Ende tamponirt. Feste Binde. Von der Entbindung an Husten und Erregung. Da seit 14 Tagen kein Stuhl erfolgt war, Versuch der Darmentleerung, ohne Erfolg. 48 Std. nach der Operation Ansteigen von Temperatur und Puls, vermehrter Husten, Delirien. Tod 72 Std. nach der Operation.

Sektion: Schädeleröffnung nicht gestattet. Symphysengelenk S-förmig. Die bakteriologische Untersuchung gab keinen Anhalt für Sepsis. Beiderseitige Pneumonie. An mehreren Stellen des Darms fand sich ein Zustand der Darmwand, der einer beginnenden Gangrän ähnlich war. (Druck des Uterus auf den gefüllten Darm?) Im oberen Theil der Bauchhöhle beginnende, nicht eitrige Peritonitis im Anschluss an die Pneumonie.

13) *A case of symphysiotomy;* by W. J. Smyly, Dublin. (Brit. med. Journ. April 29. 1893. p. 885.)

Seit 1782 1. Symphyseotomie in Grossbritannien und Irland. 43jähr. Frau, 8 normale Entbindungen, 9. Zangenentbindung, todtes Kind. Die Kr. litt seit 8 Jahren an chron. Golenkrheumatismus. Am 19. Nov. 1892 Wehenbeginn. Uterus nach der linken Seite hängend. 2. Schädellage. Muttermund markstückgross; die Blase stand. Conj. vera (nach Skutsch gemessen) 7.5 cm. Am 21. Nov. Blasensprung. Am 23. Nov. Abends Nabelschnurvorfall, Meconium abgegangen, starker Contraktionsring. Kopf beweglich über dem Becken. Symphyseotomie. Beim Auseinandersprengen der Symphyse zerrissen die Weichtheile, einschliesslich der Harnröhre. Das Kind wurde ohne Schwierigkeit herausgedrückt. Gewicht 7½ Pfund engl.,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Länge 50 cm. Trotz tiefer Asphyxie belebt. Nachblutung gestillt. Urethra genäht; dann Naht der Wunde und Bandagirung. Die zurückbleibende Incontinentia urinae wurde durch eine spätere Operation gehoben.

14) *A case of symphysiotomy in extreme contracted osteomalacial pelvis; craniotomy; recovery of mother;* by Dimmock. (Brit. med. Journ. Juny 24. 1893. p. 1312.)

Dieser jedenfalls 1. Fall von Symphyseotomie in Indien betraf eine 22jähr. erstgebärende Hindufrau. Letzte Regel Ende März 1892. Aufnahme 1 Tag nach dem Blasensprung, 22. Dec. 1892. Hängebauch. Cr. 21.25, Sp. 20.0, Tr. 21.25 cm. Herztöne und Kindesbewegungen nicht zu bemerken. Uterus tetanisch contrahirt. Beckeneingang schlitzförmig, nur für einen Finger durchgängig. Diagnose: Osteomalacie bei einer rhachitischen Zwergin. Sectio caesarea verworfen wegen der Erschöpfung der Kreissenden, der vorausgehenden Entbindungsversuche. Nach der Symphyseotomie sprangen die Knochen 3 cm auseinander. Diagnose jetzt auf Schädellage, Wendung nicht ausführbar wegen der Raumbeschränkung. (Conj. vera 5.5 cm.) Perforation und Kranioklasie. Silberdrahtnähte ohne direkte Knochennaht. Drainage. Normaler Wundverlauf, nur Schmerzen in Becken und Hüften. Vorübergehende Schwellung um das rechte Sacroiliacalgelenk. Entlassung am 6. März 1893. Symphyse fest vereint.

D. hat seitdem eine 2. Symphyseotomie gemacht bei einem rhachitischen Becken (Conj. vera 6.25 cm). Dabei Dammriss. Sonst Verlauf bisher gut.

Präger (Chemnitz).

110. **Kaiserschnitt, tiefe Cervixincisionen und mechanische Dilatation des Muttermundes**; von Dr. Dührssen in Berlin. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 27. 28. 1893.)

In Anknüpfung an eine frühere Abhandlung (Jahrbb. CCXXXVII. p. 251) betont D. in der vorliegenden Arbeit den Werth der mechanischen und der blutigen Erweiterung des Muttermundes. Die mechanische Erweiterung bei noch erhaltener Cervix geschieht nach dem von Mäurer (Coblenz) angegebenen Verfahren durch Durchziehen eines in den Uterus eingeführten Kolpeurynters. In allen Fällen, in denen die mangelhafte Eröffnung nur die Portio vaginalis betrifft und in denen eine ernste Gefahr für Mutter oder Kind vorhanden ist, ist es nach D.'s Ansicht heutzutage Pflicht eines in der Diagnose erfahrenen, technisch geübten und mit dem ausreichenden Instrumentarium versehenen Geburtshelfers, durch 4 tiefe, d. h. bis zum Ansatze der Portio an die Scheide reichende Einschnitte den Muttermund völlig zu erweitern und die Kreissenden zu entbinden.

D. weist auf eine demnächst erscheinende Zusammenstellung von 31 Fällen von tiefen Cervixincisionen hin; von 18 jener Frauen, die genügend lange beobachtet sind, sind 13 in durchschnittlich $1^1/_2$ Jahren nach der ersten Geburt zum zweiten Mal schwanger geworden und 10 haben bereits glücklich geboren.

Zum Schluss vergleicht D. die Erfolge des Kaiserschnitts und der tiefen Cervixincisionen bei Eklampsie. Von 18 durch den Kaiserschnitt entbundenen Müttern starben 7 (38.9%); von den Kindern kamen unter 15 Fällen ebenfalls 7 (46.7%) todt zur Welt oder starben bald nach der Geburt. Von 8 vermittelst tiefer Cervixincisionen entbundenen Müttern starb 1 an Sepsis (12.5%) und 2 Kinder kamen todt zur Welt. Es gelang also nach D. mit Hülfe der tiefen Cervixincisionen, die Mortalität der Mütter und Kinder auf die Hälfte der Durchschnittsmortalität herunterzudrücken.

Auf die ausführlichen polemischen Erörterungen (vgl. Jahrbb. CCXXXVII. p. 252) kann hier nicht eingegangen werden.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

111. **Ueber Kaiserschnitt**; von Dr. Karl Everke in Bochum. (Festschrift zur Feier des 25jähr. Jubiläum d. ärztl. Vereins d. Reg.-Bezirks Arnsberg. Wiesbaden 1893. J. F. Bergmann. p. 73.)

E. stellt 7 von ihm ausgeführte Kaiserschnitte zusammen, welche zum Theil schon früher anderwärts veröffentlicht worden sind.

Die erste Operation nach Porro wurde durch Beckenenge in Folge von Osteomalacie veranlasst und betraf eine Siebentgebärende; lebendes Kind, Heilung der Osteomalacie. Ein weiterer Fall von conservativem Kaiserschnitt wegen Collummyom wurde schon früher (Jahrbb. CCXXVIII. p. 170) mitgetheilt. Viermal hat E. die Sectio caesarea nach Saenger wegen engen Beckens ausgeführt; 2 Frauen starben an Sepsis. Der 7. Fall betraf eine Zehntgebärende mit allgemein verengtem, platt-rhachitischen Becken und einer Conj. diagon. von 9 cm; da die Gebärende sowohl, wie auch der Ehemann die Einwilligung zur Operation nur unter der Bedingung sicherer Sterilisation der Frau gaben, machte E. die Operation nach Porro. Die vorher schon längere Zeit krank gewesene Frau starb wenige Tage nach der Operation an Pleuritis und Perikarditis.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

112. **A case of caesarean section**; by Skene Keith. (Brit. med. Journ. July 1. 1893. p. 8.)

K. machte den Kaiserschnitt an einer 32jähr. Frau, welche 1mal mit Kunsthülfe geboren hatte. Das Kind erlitt einen Schädelbruch und starb nach 5 Wochen. Nach der Berechnung 37. Schwangerschaftswoche. Schambeine einen spitzen Winkel bildend. Kind in Hinterhauptslage. Die Blase stand. Der Muttermund war für einen Finger durchgängig.

Betreffs der Technik der Operation ist zu bemerken, dass K. den Uterus während der Incision in situ lässt, während der Assistent von der Seite her auf ihn drückt. Das Kind fasst er beim Kopf. Nach der Incision und Extraktion des Kindes fasst der Assistent die Wundränder des Uterus und comprimirt sie. Auch zum Nähen wird der Uterus so wenig wie möglich aus der Bauchhöhle hervorgehoben. Nach Schluss der Uteruswunde Unterbindung der Eileiter. Das Kind wog über $6^1/_2$ Pfd. Guter Verlauf. Präger (Chemnitz).

113. **Case of Porro's operation for impacted labour with accidental haemorrhage**; by Thomas H. Morse, Norwich. (Brit. med. Journ. Febr. 11. 1893. p. 284.)

33jähr. Frau; 4 Aborte und 4 todte Kinder, dann, nach längerem Gebrauch von Quecksilber, 2 lebende ge-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

sunde Kinder. Letzte Schwangerschaft ohne Beschwerden. Am 14. März 1892 (9. Schwangerschaftsmonat) Wehenbeginn. M. fand den Uterus tonisch zusammengezogen; Muttermund hochstehend, kaum für einen Finger zugängig; Blutung. Becken eingenommen von einem halbsoliden Tumor von ca. 7.5 cm im Durchmesser. Repositionsversuche vergeblich. Wegen der Blutung wurde der Kaiserschnitt beschlossen. Ausgetragener todter Fötus. Die Placenta folgte leicht, grosse Blutklumpen. Die Cervix wurde mit *Koeberle's* Drahtschnürer abgeklemmt, dann eine über apfelsinengrosse Dermoidcyste des [welches?] Eierstocks entwickelt. Uterus und Tumor entfernt. Wunde um den Stumpf vereinigt ohne Drainage. Reconvalescenz normal, nur 68 Std. lang Anurie, die auf heisse Einwickelung hin nachliess.

Präger (Chemnitz).

114. **Ueber Placenta praevia**; von Dr. C. H. Stratz in Haag. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVI. 2. p. 413. 1893.)

St. erwähnt eingangs die an der Placenta einiger dem Menschen anatomisch nahestehenden Thierarten gemachten Beobachtungen des Zoologen Hubrecht; auf diese Untersuchungen sich stützend, fand Berry Hart das von Hubrecht zuerst bei der Spitzmaus beobachtete Gesetz, dass das Ei sich nur an epithellosen Stellen der Uterusschleimhaut einbettet. Im Anschluss daran beleuchtete Berry Hart die Empfänglichkeit des während der Menstruation ganz oder theilweise seines Epithels beraubten Uterus für Schwangerschaft und knüpfte daran einige Hypothesen bezüglich der Entstehung der Placenta praevia.

St. giebt nun die Beschreibung einer eigenen Beobachtung von Placenta praevia mit Wendung des Kindes, bei welcher die Mutter vor erfolgter Extraktion starb, und fügt eine Abbildung des Uterus nebst dem noch in demselben befindlichen Kinde in halber natürlicher Grösse bei. Das Präparat zeigt, dass die tiefe Insertion der Placenta keineswegs eine Ausbildung des unteren Uterinsegments trotz der nur sehr schwachen Wehenthätigkeit verhindert hat; dann aber, dass auch bei Placenta praevia eine völlige Erweiterung des Geburtskanals, die regelrechte Bildung des „Durchtrittsschlauches" erfolgt, ohne dass deshalb eine Zerreissung des Gewebes stattzufinden braucht.

Aus der Leichenuntersuchung einer post partum unbemerkt im Schlafe verbluteten javanischen Soldatenfrau kommt St. zu dem Schlusse, dass es Fälle giebt, in denen die ganze Placenta im unteren Uterinsegment implantirt sein kann.

Therapeutisch hat St. in allen Fällen einer nur einigermaassen Besorgniss erregenden Blutung sofort die Wendung nach Braxton Hicks gemacht, selbst in solchen Fällen, in denen der Cervikalkanal nur für einen Finger durchgängig war.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

115. **Zwölf Fälle von Placenta praevia**; von Dr. Rueder. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 33. 1893.)

In 3 Fällen von Placenta praevia centralis (Frauenklinik in Erlangen) wurden 3mal die combinirte Wendung, 1mal die innere Wendung und 3mal die Tamponade mit Jodoformgaze ausgeführt; sämmtliche Kinder starben, das Puerperium war stets normal. In 4 Fällen von Placenta praevia lateralis wurde 2mal die combinirte Wendung, 1mal die Zange und 2mal die Jodoformgazetamponade angewandt; alle Kinder blieben am Leben, das Puerperium war stets normal. In 5 Fällen von Placenta praevia marginalis wurden 1mal die combinirte Wendung, 1mal die innere Wendung, 1mal die Zange und 3mal Jodoformgazetamponade in Anwendung gezogen; 3 Kinder kamen todt und 3 Kinder lebend zur Welt, 3mal verlief das Puerperium mit Fiebersteigerungen, 2mal ohne solche.

Nach R. empfiehlt es sich für den operativ geübten Geburtshelfer, in jedem Falle von Placenta praevia die aktive Methode der combinirten Wendung zu wählen, sobald Cervix und Muttermund für 2 Finger durchgängig sind. Der in geburtshülflichen Operationen weniger erfahrene Arzt kann sich jedoch nach R. mit der Jodoformgazetamponade in den meisten Fällen zunächst behelfen und abwarten, bis die Wendung nach der unterdessen erfolgten Erweiterung des Muttermundes leichter ausführbar ist. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

116. **Zur Casuistik des Prolapsus placentae bei normalem Sitz derselben**; von B. Feinberg in Petersburg. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XVII. 5. 1893.)

F. wurde zu einer Kreissenden gerufen, bei der die soeben geborene Placenta zwischen den Schenkeln lag. Nach Durchtrennung der Nabelschnur Expression des in Schädellage befindlichen frischtodten Kindes. Dass die Placenta normal inserirt gewesen war, schliesst F. aus dem Fehlen jedweder Blutung in der Schwangerschaft und während der Geburt. Brosin (Dresden).

117. **Klinische und bakteriologische Mittheilungen über Sepsis puerperalis**; von Dr. A. Goldscheider. (Charité-Annalen XVIII. p. 165. 1893.)

G. berichtet eingehend über 68 Fälle von puerperaler Sepsis, die in den letzten 3 Jahren in der I. med. Klinik der Charité beobachtet wurden. Unter Zugrundelegung der Kehrer'schen Eintheilung lässt sich Folgendes sagen:

12 Fälle gehörten der reinen *Saprämie* an, d. h. sie erwiesen sich als „Resorptionsfieber" in Folge von Aufsaugung septischer Massen aus der Uterushöhle. In diesen Fällen können schwere Allgemeinerscheinungen bestehen, oder Erbrechen, Meteorismus u. s. w. können eine Peritonitis vortäuschen, meist fühlen die Kranken sich aber, abgesehen von dem intermittirenden oder doch stark remittirenden, mit Schüttelfrost einsetzenden Fieber, ziemlich wohl. Der Puls ist beschleunigt, aber kräftig. Herpes labialis, leichter Ikterus kommen vor. Meist besteht übelriechender Ausfluss und stets hat eine gründliche Ausräumung des Uterus den besten Erfolg. Unmittelbar nach dem Curettement tritt nicht selten noch einmal, meist aber zum letzten Mal, ein Schüttelfrost auf.

Bestehen Verletzungen, Damm- oder Scheidenrisse, so ist es oft nicht leicht, anzugeben, wie weit diese für die Entstehung des Fiebers mit in

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Betracht kommen. Auch dafür führt G. 4 Beispiele an.

Bei 21 Kranken handelte es sich um eine *Peritonitis*, wobei nicht immer eine diphtherische Endometritis vorhanden zu sein braucht. Es macht dann fast den Eindruck, als wären die Streptokokken durch den gesunden Uterus hindurchgewandert. In anderen Fällen ist die Peritonitis erst die Folge einer Para- und Perimetritis: Kehrer's Peritonitis ascendens.

Die klinischen Erscheinungen der Bauchfellentzündung waren recht mannigfaltig. Der Leib war meist mässig aufgetrieben (Exsudat fast nie nachzuweisen), oft auffallend wenig schmerzhaft, wenigstens bei voller Ruhe. Erbrechen fehlte in 4 Fällen vollständig. Der Puls war (nicht ohne Ausnahme) klein, beschleunigt, gelegentlich unregelmässig. Das Fieber war ganz unregelmässig, Schüttelfröste, Collapstemperaturen waren häufig. Uebelriechender Ausfluss bestand nur in 5 Fällen. Die Peritonitis setzt meist einige Tage nach Beginn der Erkrankung ein. Sehr auffallend sind die nicht so gar seltenen Fälle von vollständigem Wohlbefinden, ohne Benommenheit.

24 Fälle gehörten zur *puerperalen Pyämie, Thrombophlebitis, Septico-Pyämie.* G. unterscheidet hier: 1) Thrombophlebitis ohne nachweisbare Metastasen, 2) Thrombophlebitis mit nachweisbaren Metastasen (in 1 Falle ausserdem noch ein gangränöses Erysipel), 3) Pyämie, 4) Pyämie mit Thrombophlebitis, 5) Pyämie mit Thrombophlebitis und eitriger Peritonitis, 6) Septico-Pyämie (Pyämie und Endometritis diphtherica), 7) Sepsis mit Thrombophlebitis, 8) Sepsis mit Thrombophlebitis und Metastasen, 9) Sepsis mit Thrombophlebitis und Pyämie. Prognostisch ist die reine Pyämie günstiger, bei dem Hinzutreten septischer Erscheinungen ist der tödtliche Ausgang fast sicher. Eine sichere klinische Unterscheidung ist oft nicht möglich. Schüttelfröste sprechen für Pyämie, ein auffallend schneller Puls deutet auf Septikämie, ebenso ein aromatischer hefeartiger Geruch der Ausathmungsluft. Uebelriechender Ausfluss ist bei Sepsis häufig. Fast stets fehlt bei reiner Septikämie die Hyperleukocytose. Oft wird erst mit dem Auftreten nachweisbarer Venenthrombosen und eitriger Metastasen die Diagnose Pyämie klar, aber auch dann gilt es noch, festzustellen, ob auch ausserdem eine Septikämie noch vorhanden ist oder nicht.

Nur 3 Fälle konnten als *reine Septikämie ohne Lokalisationen* angesprochen werden. Charakteristisch ist hier der auffallend schnelle ungünstige Verlauf, die Kranken sterben meist in wenigen Tagen.

Die isolirte eitrige Peritonitis bei diphtherischer Endometritis will G. eher zu den septischen als zu den pyämischen Erscheinungen rechnen; die Saprämie muss klinisch als eine leichte gutartige Form der Septikämie angesehen werden.

Bakteriologisch spielen in allen diesen Fällen, abgesehen von der Saprämie und der reinen Septikämie, bei denen die Verhältnisse noch nicht ganz aufgeklärt sind, Streptokokken weitaus die Hauptrolle. „Es ist somit anzunehmen, dass die verschiedensten Formen des Puerperalfiebers durch Streptokokken erzeugt werden können und dass demnach für die Formen der Pyämie, Septico-Pyämie, septischen Peritonitis mit ihren verschiedenen Nüancen nicht differente Krankheitserreger anzuschuldigen sind; vielmehr ist die jeweilige Gestaltung des Falles von biologischen Bedingungen und wahrscheinlich noch von der Malignität und Menge der invadirenden Streptokokken abhängig.“ Die Malignität ist meist eine ausserordentlich grosse, namentlich in den frischen Herden, und beruht augenscheinlich nicht auf einer besonders starken Giftwirkung, sondern auf der ganz ausserordentlichen Vermehrungsfähigkeit der Kokken.

Therapeutisch sind bei der Saprämie und bei jeder ausgesprochenen diphtherischen Endometritis die Ausräumung der Uterushöhle und die Reinhaltung durch Ausspülungen angezeigt. Im Uebrigen beschränke man sich darauf, die Kranken so gut wie irgend möglich zu ernähren und ihnen die denkbar grösste Ruhe, wenn nöthig auch Schlaf, zu verschaffen. Bäder sind von zweifelhaftem Nutzen. Alkohol wirkt neben guter Ernährung günstig. Mit Medikamenten ist nicht viel auszurichten. Dippe.

118. **Les infections bronchiques**; par Paul Cloisse. (Semaine méd. XIII. 38. p. 297. 1893.)

Cl. bespricht an der Hand der Anatomie und der Pathologie des kindlichen Alters die Pathogenese der Infektion durch die Luftwege. Er weist auf eine „infection bronchique suraiguë“ hin, welche er bei Kindern relativ häufig beobachtete. Die Kinder erkranken mit starker Dyspnöe, ohne dass bei der Auskultation viel mehr als vereinzelte Rhonchi zu hören wären. Plötzlich kommt ein rascher Temperaturanstieg. Die Kinder werden cyanotisch, apathisch, hinfällig. Die Augen fallen ein, die Pupillen werden eng. Die Respiration wird unregelmässig, der Puls äusserst frequent. Leber und Milz schwellen an. Nicht selten treten Exantheme auf. Am 2. bis 4. Tage tritt der Tod ein. Bei elenden, geschwächten Kindern (Athrepsie, Lues hereditaria) kann die Temperatursteigerung vollkommen ausbleiben. An der Leiche findet man die grösseren Bronchen von einem eitrigen Sekret erfüllt, das an vielen Stellen in die feineren Bronchen eindringt. So lange sich dieses Sekret, das immer überreich an Mikroorganismen aller Art, besonders an Streptokokken, ist, nur in den grösseren Luftwegen befindet, bewirkt es lediglich eine Behinderung der Luftaufnahme und kann durch Hustenstösse wieder ausgetrieben werden. Sind die Flimmer- und Becherzellen nicht mehr im Stande, Widerstand zu leisten, so fällt der

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Reflex weg. Es können nun Bakterien durch die lädirte Schleimhaut (man findet mikroskopisch zahlreiche Erosionen in der Mucosa) in die Lymph- und in die Blutbahn eintreten. Im ersteren Falle leisten die Bronchialdrüsen der allgemeinen Infektion zunächst noch Widerstand. Ferner kommt es zu einer Ansammlung des Sekretes, welches, dem Gesetze der Schwere folgend, in die feineren Bronchen eindringt. In diesen sind die Vertheidigungswerkzeuge, Flimmer- und Schleimzellen (der Schleim soll baktericide Eigenschaften besitzen) mehr und mehr geschädigt und schwinden allmählich ganz. So tritt nun eine Resorption der Bakteriengifte ein, welche sich klinisch in der schnellen, hohen Temperatursteigerung, der Milz- und Leberschwellung, den Exanthemen, der unregelmässigen Athmung und Herzaktion ausprägt. C. fand, dass, so mannigfach die Bakterienarten in den *oberen* Luftwegen sind, in den feineren und feinsten Bronchen doch schliesslich nur noch eine Art vorherrscht, meist der Streptococcus. Dieser war stets äusserst virulent für Thiere.

Brückner (Dresden).

119. **Ueber sogenannte fötale Rhachitis**; von Otto von Franqué. (Sitz.-Ber. d. physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg Nr. 5. p. 68. 1893.)

30 Wochen alte, todt geborene Frucht. 34 cm lang. Kopfumfang 30.5. Starke Entwickelung des Kopfes, auffallend geringe der Glieder. Oberarm 4 cm, Ellenbogen 2 cm, untere Gliedmaassen 7 cm lang. Füsse in Klumpfussstellung. Mikroskopische Untersuchung der Knochen: 1) Rippenepiphysen. Allmählicher Uebergang des Knorpels in die Wucherungzone. „Säulen" der Knorpelzellen auffallend kurz und schmal, die primitiven Knochenbälkchen daher dick und plump. Geringe Entwickelung der Knorpelhöhlen. Periostaler Knochen gut ausgebildet. Mächtig entwickelter Knorpelgefässkanal. 2) An den Epiphysen der Röhrenknochen starke Verkümmerung der Säulenbildung. 3) An den Diaphysen der Röhrenknochen, welche verkrümmt waren, an der concaven Seite lebhafte periostale Knochenbildung, theilweise bis zum vollständigen Schwund der Markhöhle, auf der convexen Seite Aufsaugung des Knochens. Zahlreiche Osteoklasten.

v. Fr. hält es für wahrscheinlich (mit Rücksicht auf das häufig beobachtete gleichzeitige Auftreten von fötaler Rhachitis und Klumpfussbildung, Spaltbildungen und Defekten der Gliederknochen), dass die Ursache der Chondrodystrophia hypoplastica, zu welcher er seine Beobachtung rechnet, ein ungewöhnlich enges Amnion bildet. Hebt sich dieses in Folge mangelhafter Entwickelung der Amnionflüssigkeit nicht genügend ab, so wird ein Druck auf das noch biegsame Skelett der Gliedmaassen ausgeübt, der zur Verkümmerung des Knorpelwachsthums führt. Die Zeit, zu welcher die Hemmungsmissbildung zu Stande kommt, würde etwa auf den 2. und 3. Monat des embryonalen Lebens zu verlegen sein. Brückner (Dresden).

120. **Asphyktische Zustände bei Säuglingen**; von Dr. Paul Meyer. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 36. 1893.)

14tägiges, bisher gesundes Brustkind. Stuhlgang etwas grünlich. Während der Nacht fand man das Kind leichenblass, etwas cyanotisch, ohne Athmung. Puls klein, etwa 108. Keinerlei Reflexerregbarkeit. Durch warme Bäder mit kalten Uebergiessungen, künstliche Athmung und Aetherinjektionen wurde das Kind am Leben erhalten.

M. vermag nach einer Uebersicht der Ursachen der Asphyxie und der Theorien, welche man über das Zustandekommen der Asphyxie aufgestellt hat, keine befriedigende Erklärung für seine Beobachtung zu finden. Er nimmt schliesslich eine centrale, das Athemcentrum treffende Ursache an. Welcher Art dieselbe war, vermag er nicht anzugeben. Brückner (Dresden).

121. **Die Ernährung des Säuglings auf Grundlage der physiologischen Funktionen seines Magens**; von Dr. Adalbert Czerny. (Prager med. Wchnschr. XVIII. 41. 42. 1893.)

C. empfiehlt, Säuglingen, welche mit Kuhmilch ernährt werden sollen, alle 4 Stunden eine Mahlzeit darzureichen. Die Kuhmilch bindet mehr Salzsäure und verweilt länger im Magen, als die Muttermilch. Es ist daher erst nach Verlauf eines grösseren Zeitraumes freie Salzsäure vorhanden, welche ihre desinficirende Wirkung ausüben kann. Dazu kommt die häufige Verunreinigung der Kuhmilch mit Keimen und die Einwirkung des Labfermentes, welches Kuhmilch in grossen Flocken gerinnen lässt, wenn sie bewegt wird. Die Milch steht aber im Magen ruhig, wenn seine motorische Thätigkeit eine geringe, d. h., wenn er nicht dauernd belastet ist. Brückner (Dresden).

122. **Ueber Peptonbildung im Säuglingsmagen**; von Dr. S. Toch. (Arch. f. Kinderhkde. XVI. 1. 2. p. 1. 1893.)

T. kommt auf Grund einer Reihe von Untersuchungen, welche er in der Prager Kinderklinik ausführte, zu folgendem Ergebniss: Sowohl beim gesunden, wie beim kranken Säugling ist im Magen bereits Pepton nachzuweisen zu einer Zeit, wo noch keine freie Salzsäure, wohl aber wirksames Pepsin vorhanden ist. Ein Unterschied zwischen Brustkindern und künstlich genährten besteht in dieser Beziehung nicht. Die Peptonbildung wird durch das Labferment veranlasst und findet auch im erkrankten Magen statt. Die Verabreichung von Pepsin oder peptonisirter Milch ist daher bei den Magenerkrankungen der Säuglinge unnütz und überflüssig. Brückner (Dresden).

123. **Ueber weitere Verbesserung des Muttermilchersatzes**; von Dr. Fr. Hornef. (Internat. klin. Rundschau VII. 34. 1893.)

H. empfiehlt auf Grund seiner, in der Arbeit mitgetheilten günstigen Erfahrungen die von dem bekannten Vegetarianer Dr. Lahmann erfundene und von *Hevel & Veithen* in Cöln a. R. hergestellte *Pflanzenmilch* als Heilnahrungsmittel bei Magen-Darmkatarrhen der Säuglinge.

Das Präparat ist angeblich von hellbrauner Farbe, der Consistenz nach wie *Liebig's* Fleischextrakt, wird aus Mandeln, Nüssen u. dergl. gewonnen und besteht nach Stutzer aus 20.62 Theilen Wasser, 12.00 Pflanzeneiweiss, 34.72 Fett, 31.00 Zucker

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

und 1.64 Salzen. Mit 10 Volumen Wasser verdünnt enthält die Pflanzenmilch halb so viel Eiweiss, Zucker und Salze, wie die Frauenmilch und 92% des Fettgehaltes der letzteren, ist also viel fettreicher als Kuhmilch.

Dargereicht soll werden: $^1/_2$—1 ganzer Löffel Pflanzenmilch mit lauwarmem Wasser verrührt und mit 1—2 Theilen Kuhmilch aufgekocht.

Weitere Nachprüfungen des Mittels und seiner Brauchbarkeit dürften angezeigt sein.

R. Wehmer (Berlin).

124. **Beitrag zur Milchzuckerfrage**; von Stabsarzt Dr. Kahrt. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 34. 1893.)

K. spricht der Bemerkung Neumann's, dass zur Säuglingsnahrung nach Möglichkeit keimfreier Milchzucker zu verwenden sei, die Berechtigung ab. Auf Grund einer Reihe ad hoc angestellter Versuche kommt er zu folgenden Schlüssen: „1) Der Milchzucker ist ein sehr wichtiges Nahrungsmittel für Kinder und Erwachsene, Gesunde und Kranke; eine möglichst billige Herstellung ist geboten, um seinen Gebrauch auch Minderbemittelten zugänglich zu machen. 2) Als Zusatz für Säuglingsmilch ist Milchzucker unentbehrlich, Rohrzucker zu verwerfen. 3) Der sterile Milchzucker hat keinen wesentlichen Vorzug vor dem nicht sterilen, wohl aber den Nachtheil des höheren Preises. 4) Milch und Zucker müssen zusammen gekocht werden. 5) Das Kochen bei 100°, 45—60 Minuten, genügt vollständig, den Bakteriengehalt der Milch und des Zuckerzusatzes unschädlich zu machen."

Brückner (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

125. **Bericht über die in dem 10jährigen Zeitraume vom 1. Juli 1882 bis 1. Juli 1892 in der Diakonissenanstalt beobachteten Erkrankungen der Brustdrüse**; von Dr. Paul Rupprecht in Dresden. (Jahresber. d. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkde. zu Dresden 1892—1893. p. 106.)

Der Bericht umfasst 235 Krankheiten bei 196 Personen. Unter diesen 235 Krankheiten befanden sich 1 angeborene Missbildung, 30 Verletzungen, 9 Erkrankungen der Warze und des Warzenhofes, 16 Sekretionstörungen, 1 Entwickelungstörung, 2 Neuralgien, 21 Infektionen, 155 Geschwülste. Von diesen 155 Mammageschwülsten waren 108 Carcinome (darunter 1 Carcinom beim Manne). Wir beschränken uns auf einige Bemerkungen bezüglich dieser Krebsfälle.

Unter den 108 Fällen finden sich 3 Fälle von Ulcus rodens der Warze mit nachfolgendem Cancroid der Brustdrüse (Paget's *disease*), 2 Milchgangszottenkrebse (Bowlby's *Duct cancer*), 3 Fälle von sogenanntem acinösem oder tuberösem Krebse, 3 Gallertkrebse und 97 sogen. infiltrirte Krebse (darunter 12 mit dem Charakter des schrumpfenden Scirrhus).

Ueber *Diagnose* und *Behandlung des Brustkrebses* spricht sich R. dahin aus, dass man, da der Krebs die häufigste Geschwulst der weiblichen Brust und, abgesehen von der seltenen Tuberkulose, die einzige ist, die mit der Haut verwächst, ohne Weiteres sagen kann: *ein unempfindlicher Knoten, mit der Haut verwachsen, in der Brust einer über 35 Jahre alten Frau ist höchst wahrscheinlich ein Krebs, auch wenn die Betroffene im Uebrigen gesund erscheint* und Achseldrüsenverhärtungen nicht fühlbar sind. Ohne Säumen soll in solchen Fällen von einem Fachchirurgen in Narkose ein Probeeinschnitt gemacht und nöthigenfalls die Amputatio mammae angeschlossen werden.

Ueber die *Heilbarkeit des Brustkrebses* ergiebt der Bericht Folgendes:

Von den 100 wegen Brustkrebses ausgeführten Mammaamputationen sind auszuscheiden: 5 an der Operation Gestorbene, 4, deren Schicksal nicht zu erfahren war, 1 inoperabler, nur wegen heftiger Blutungen „symptomatisch amputirter" Krebs. Von den verbleibenden 90 Operirten starben an Recidiv und Metastasen 56 = 62%; es leben (6 Monate nach Ablauf der Berichtszeit) gesund und ohne Recidiv 26; es starben 3—6 Jahre nach der Operation an *nicht* krebsigen Krankheiten 8. *15 Kr. sind vorläufig über 3 Jahre geheilt geblieben.*

P. Wagner (Leipzig).

126. **Die Intubation bei diphtheritischer Larynxstenose**; von Dr. S. Schweizer. (Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVI. 3. p. 233. 1893.)

Schw. berichtet über die Erfahrungen, welche er mit der Intubation im Carolinen-Kinderspital zu Wien gesammelt hat. Er fasst sein Urtheil folgendermaassen zusammen: „Die Intubation ist im Stande, in einer grossen Zahl von Fällen die diphtherische Larynxstenose wirksam zu beheben; sie ist nicht im Stande, die Tracheotomie vollständig zu ersetzen. Letztere muss in einer Reihe von Fällen, in denen die Intubation nicht ohne Schaden für den Patienten zur Verwendung kommen kann, primär ausgeführt werden, in anderen Fällen wird eine sekundäre Tracheotomie nach der Intubation unbedingt nothwendig."

Anzeigen gegen die Intubation sieht Schw. in der selten vorkommenden Pharynxstenose, in der septischen Diphtherie, bei der die Intubation leicht gefährliche Gewebeläsionen veranlasst, ferner in dem Auftreten plötzlicher Asphyxie, welche die primäre Tracheotomie nothwendig macht. Ausgebreitete Bronchitis und frühes Lebensalter erkennt Schw. nicht als Contraindikationen an. Vollständige Asphyxie nach der Intubation erlebte Schw. 4mal. Zweimal wurde die Tracheotomie angeschlossen, 2mal hob sich die Asphyxie nach

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Aushusten massenhafter Membranen. Die Ernährung der intubirten Kinder war stets eine schwierige. Zweimal wurde der Tubus ausgehustet und es trat danach gefährliche Athemnoth ein, so dass die Intubation sofort wieder vorgenommen werden musste. Wiederholt wurden Kinder asphyktisch, während der Tubus lag. Viermal wurde hier die Tracheotomie sekundär nothwendig. Indikationen für die sekundäre Tracheotomie erkennt Schw. nur 2 an: 1) Die Unmöglichkeit genügender Ernährung. 2) Asphyxie aus irgend welchem Grunde.

Brückner (Dresden).

127. **Die O'Dwyer'sche Intubation bei den chronischen Stenosen des Kehlkopfes und der Luftröhre**; von Dr. Egmont Baumgarten. (Arch. f. Kinderhkde. XV. 5 u. 6. p. 334. 1893.)

1) 12jähr. Knabe. Seit 2 Monaten heiser. Erschwertes Ex- und Inspirium. Hypertrophie der Tonsillen. Parese der Kehlkopfschliesser. Unter der Stimmritze 3 blaurothe, von normaler Schleimhaut überzogene Wülste: Laryngitis hypertrophica subglottica chronica. Anfangs Behandlung mit *Schrötter*'schen Röhren. Nach 3 Wochen plötzlich leichtes Fieber, Husten, sehr starke Dyspnöe. Intubation durch Prof. Bokai. Sofort Nachlass der Beschwerden. Nach 66 Stunden Extubation. Die Schleimhautwülste hatten sich bereits verkleinert. Von nun an methodische Intubation jeden zweiten Tag, später seltener. Der Tubus blieb jedesmal einige Stunden liegen. Nach 8 Monaten Heilung.

2) 14jähr. Mädchen. Seit 5 Jahren Husten und Heiserkeit. Plötzliche Verschlimmerung, Dyspnöe. Tophus an der Stirn, syphilitische Narben am linken Unterschenkel. Im obersten Theile der Trachea eine Stenose. Spalt 6 mm lang, 2 mm breit. Bei der Inspiration fast vollkommener Verschluss der verengten Stelle: Stenosis trachealis chronica syphilitica. Nach Vornahme der Intubation bedeutende Erleichterung. Anfangs tägliche, später seltenere Intubation. Die Athembeschwerden schwanden vollkommen.

B. empfiehlt auf Grund dieser guten Erfahrungen, welche im Stefanie-Kinderhospital zu Budapest gewonnen wurden, bei den chronischen Stenosen des Kehlkopfes und des oberen Theils der Trachea die Behandlung durch Intubation. Dieselbe wirkt schnell und sicher, macht die Tracheotomie überflüssig. Brückner (Dresden).

128. **Intubation in an adult followed by a fatal edema of the larynx after extraction of the tube**; by Max Thorner, Cincinnati. (Ann. of Ophthalmol. and Otol. II. 3. 1893.)

Ein 18jähr. junger Mann litt seit 8 Jahren an asthmatischen Beschwerden, die in der letzten Zeit beunruhigend wurden. Angestrengte, geräuschvolle, beschleunigte Athmung; Cyanose und kalter Schweiss bei Anstrengung. Das Kehlkopflumen zeigte sich durch Infiltration der Gewebe auf's Aeusserste eingeengt. Es wurde die kleinste Tube für Erwachsene eingelegt. Athmung durch die Tube frei. Nach 15 Stunden verlangte der Kranke Entfernung der Tube, weil diese ihm jede Nahrungsaufnahme unmöglich machte. Entfernung der Tube ohne Schwierigkeiten. Nach kurzem Wege plötzlich Engigkeit und gleich darauf Erstickungstod.

Th. führt den Tod auf ein durch den anhaltenden Druck der Tube verursachtes Oedem zurück und räth, Kranke, denen die Tube nach längerem Liegen entfernt worden ist, noch eine Zeit lang unter guter Aufsicht zu behalten. Rudolf Heymann (Leipzig).

129. **A new and safe method of cutting oesophageal strictures**; by Robert Abbe, New York. (New York med. Record XLIII. 8. 1893.)

Die Operation, welche A. bei impermeablen Oesophagusstrikturen empfiehlt und welche er selbst bei einem 30jähr. Mädchen mit gutem Resultate versucht hat, besteht darin, dass man zunächst den Magen eröffnet und von hier aus mit Bougies die Striktur zu passiren sucht; gelingt dies nicht leicht, so führt man mit Hülfe der dünnsten Bougie einen Seidenfaden durch die Striktur bis zum Munde, folgt dann vom Munde mit einer dicken Bougie dem Faden bis zur Striktur und spannt mit dieser das Narbengewebe, welches nun mit dem beim Magen und beim Munde herausgeleiteten Faden durchgeschnitten wird. Dann führt man nacheinander dicke Sonden behufs Dilatation ein. Ein Rohr kommt dann vom Mund in den Magen, ein Rohr ausserdem in die Magenfistel. Nach einigen Tagen dilatirt man von Neuem. Die Magenwunde kann nach 2—3 Wochen geschlossen werden.

E. Ullmann (Wien).

130. **Contribution à l'étude de la gastropéxie et de la gastrostomie (gastrostomie en deux temps) dans les rétrécissements cancéreux de l'oesophage**; par G. Nové-Josserand, Lyon. (Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. XXXIX. 18. 1892.)

Der Autor stellt folgende Sätze auf: 1) Man soll auch bei Kranken, welche ein Oesophaguscarcinom haben, möglichst früh den ersten Akt der Gastrostomie in zwei Zeiten ausführen, um, sobald es nöthig ist, den Magen eröffnen zu können. 2) Auch bei Kranken, die gar nichts schlucken können, ist die zweizeitige Methode vorzuziehen, da sie weniger gefährlich ist und weil die meisten Kranken schon in Folge der Gastropexie leichter schlingen können.

E. Ullmann (Wien).

131. **Ueber die operative Behandlung des Magencarcinoms**; von Prof. A. Zeller in Stuttgart. (Württemb. Corr.-Bl. LXIII. 26 u. 27. 1893.)

Z. giebt zunächst einen kurzen Ueberblick über die Diagnose des *Magencarcinoms* und über die Indikationen und die Technik der bei diesem vorzunehmenden operativen Eingriffe, der *Pylorusresektion* und der *Gastroenterostomie*. Was die Ergebnisse dieser beiden Operationen anlangt, so hat Z. 117 Fälle von Pylorusresektion und 152 Fälle von Gastroenterostomie bei Carcinom zusammengestellt. Unter den 117 Fällen von Pylorusresektion sind 55 = 47% Heilungen und 62 = 53% Todesfälle; während unter 152 Gastroenterostomien sich 86 = 56.5% Heilungen und 66 = 43.5% Todesfälle befinden. Mit der Vervollkommnung der Technik, mit der richtigen Auswahl der Fälle und mit der grösseren Uebung der Aerzte haben sich auch die Erfolge wesentlich gebessert, so dass die in den letzten Jahren ausgeführten Operationen bessere Resultate ergeben haben, als die in den ersten Jahren vorgenommenen.

Bei der Frage nach den *endgültigen Heilungen* ist die traurige Thatsache zu gestehen, dass bis jetzt noch kein Magenkrebs durch die Pylorus-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

resektion geheilt worden ist. Am längsten lebte ein Kr. von Wölfler, der sich 5 Jahre vollkommen wohl fühlte und dann an Drüsenrecidiven zu Grunde ging.

Z. selbst hat 2mal die Pylorusresektion (1 Kr. starb 5 Tage nach der Operation an Erschöpfung; bei dem 2. trat ein Rückfall ein), 4mal die Gastroenterostomie und 1mal eine diagnostische Laparotomie bei Carcinom vorgenommen.

P. Wagner (Leipzig).

132. **Ueber Appendicitis und ihre Complikationen vom chirurgischen Standpunkt aus beurtheilt**; von K. G. Lennander in Upsala. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. 75. 1893.)

L. hat zusammen mit seinen Assistenten seit Herbst 1888 in 54 Fällen von Appendicitis operativ eingegriffen. Die Ausdrücke *Appendicitis* und *Periappendicitis* sind nicht misszuverstehen [so unschön sie auch klingen! Ref.]. Unter *Typhlitis* wird ein entzündlicher Process im Blinddarm verstanden. *Perityphlitis* ist eine Entzündung der Serosa des Blinddarms, der Appendix ileo-coecalis und der umliegenden Theile. Wenn der Blinddarm seinen gewöhnlichen Platz in der Bauchhöhle einnimmt, so ist mithin die Perityphlitis eine *umschriebene Peritonitis in der Fossa iliaca dextra*. Die *Paratyphlitis* ist eine Entzündung des retroperitonäalen Bindegewebes in der Fossa iliaca dextra. Mit *Peritonitis appendicularis With* wird eine vom Wurmfortsatz ausgegangene Peritonitis bezeichnet, mag sie diffus oder eingekapselt auftreten.

Nach seinen Erfahrungen muss L. auch an dem Begriffe einer *Typhlitis stercoralis* festhalten und es als bewiesen annehmen, dass eine solche der Ausgang einer Peritonitis werden kann. Sehr wahrscheinlich sind jedoch die Fälle von Typhlitis stercoralis viel seltener, als man im Allgemeinen annimmt, wenn schon eine Anzahl anatomischer Bedingungen die Entstehung von Kothanhäufungen im Coecum begünstigt.

Zwischen einer Appendicitis und einer Kothanhäufung im Coecum mit stärkerer Reizung der Serosa zu unterscheiden, ist im Allgemeinen leicht. Liegt dagegen bereits eine Peritonitis vor, so muss man sich begnügen, diese festzustellen. Für den Ausgang kann nicht einmal die Anamnese sicheren Anhalt gewähren.

Die Angaben über die *Entstehung der Appendicitis* lassen noch Manches zu wünschen übrig. Am einfachsten sind die Fälle, in denen ein Fremdkörper oder eingedickte, harte Kothklumpen sich schneller oder langsamer einen Weg durch die Wandung des Anhängsels hindurch bahnen.

Eine *akute Appendicitis* glaubt L. als eine akute Infektionskrankheit betrachten zu müssen, die sich in vielen Fällen von einer Enteritis oder Kolitis herleiten dürfte. Die Schleimhaut schwillt, die Absonderung mehrt sich, und wie Iversen gezeigt hat, ist dieser Umstand wahrscheinlich hinreichend, um in einer ganzen Reihe von Fällen eine mehr oder minder vollständige Sekretverhaltung hervorzurufen, namentlich wenn der Wurmfortsatz in Folge vorhergegangener Anfälle von Appendicitis entweder durch Verwachsungen geknickt ist oder kreisförmige Narben in seinem Inneren hat.

Die akute Appendicitis entwickelt sich verschieden rasch, mitunter sehr langsam. Wie die Folgen sich nach einer *Perforation* gestalten, hängt von folgenden Umständen ab: 1) von der Heftigkeit der Appendicitis — in einem Falle eine unbedeutende Perforation, im anderen eine ausgebreitete Gangrän; 2) von der Virulenz und der Menge des Inhaltes, der der Appendix entstammt; 3) von Verwachsungen, die sich etwa in einem vorausgegangen Anfalle entwickelt oder vor dem eigentlichen Durchbruche ausgebildet haben; 4) von der anatomischen Lage der Appendix.

Da die Appendix nur in ca. 2% aller Fälle vollkommen retroperitonäal liegt, so wird der Durchbruch fast stets intraperitonäal vor sich gehen. Im schlimmsten Falle kommt es zu einer allgemeinen Peritonitis, die bisweilen unter dem Bilde einer peritonäalen Sepsis äusserst schnell verläuft, im Allgemeinen liegt aber jedenfalls eine Neigung zu Abkapselungen vor. Das Exsudat ist anfangs mehr serös, wird aber bald eiterig. Die Lage des abgekapselten Herdes ist sehr verschieden und hängt davon ab, wo sich der Proc. vermiformis im Augenblick des Durchbruchs befunden hat.

Unser Streben muss jedenfalls darauf gerichtet sein, diese periappendikulären oder perityphlitischen Herde so frühzeitig als möglich zu eröffnen. „Wenn man auch gern die Möglichkeit zugiebt, dass einzelne Fälle durch Resorption in Heilung übergehen können, dadurch, dass sie in den Darm oder nach aussen durch die Haut zum Durchbruch kommen, so bleibt es doch in jedem Falle Pflicht der Chirurgen, den Patienten vor allen den Möglichkeiten der Gefahr, die ihn inzwischen bedrohen, zu schützen zu suchen. Das Bestreben der Chirurgen muss mithin sein, eine frühzeitige Diagnose zu stellen und Operationsmethoden auszudenken, die relativ ungefährlich und zugleich möglichst radikal sind."

Von den verschiedenen mehr oder weniger sicheren diagnostischen Merkmalen für einen Eiterherd in der Umgebung der Appendix oder des Coecum hebt L. namentlich ein von Roux aufgestelltes Symptom hervor: Eiter ist vorhanden, wenn das Coecum leer ist (tympanitischer Schall), und dessenungeachtet sich die Wand des Coecum und Colon ascendens stark infiltrirt anfühlt.

Alle Fälle von Eiterung um die Appendix oder von Appendixgeschwüren mit Neigung zum Durchbruch gehören den Chirurgen. Ebenso ist es voll-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

kommen berechtigt, *chronische Appendicitiden* zu operiren, falls es die Kr. wünschen, obwohl sie die Gefahr einer Laparotomie kennen.

Die technischen Einzelheiten der von L. vorgenommenen Operationen, sowie die einzelnen Erfolge sind im Original nachzulesen. Hier sei nur erwähnt, dass von den 54 wegen Appendicitis Operirten nur 3 starben. P. Wagner (Leipzig).

133. **Cases of appendicitis, illustrating different forms of the disease, with remarks**; by Charles Mac Burney. (Med. Record XLI. 16; April 16. 1892.)

B. berichtet ausführlich über 6 wegen Appendicitis Operirte. Alle 6 genasen.

E. Ullmann (Wien).

134. **Zur Verwendung der Symphyseotomie bei Operationen an der Harnblase**; von Dr. Max Wickhoff. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 11. 1893.)

W. machte an der Leiche eines erwachsenen Mannes den Versuch, ob wirklich eine bedeutend bessere Zugänglichkeit der Blase, als die Epicystotomie gestattet, durch die Symphyseotomie zu erlangen sei, und kam dabei zu dem Resultat, dass allerdings hierdurch „die Zugänglichkeit und Sichtbarkeit für alle Theile der Blasenwand und des Blasengrundes als vorzüglich entsprechend zu bezeichnen sind".

W. nimmt an, dass die Symphyseotomie hauptsächlich bei der Operation von Geschwülsten der vorderen und hinteren Blasenwand und auch als Modifikation des Trendelenburg'schen Operationsverfahrens bei Vesicovaginalfisteln in Betracht zu ziehen ist. Die Existenzberechtigung der vorgeschlagenen Methode muss nach W. erst durch die Erfahrung bei am Lebenden ausgeführten Operationen erwiesen werden.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

135. **Note sur un cas de symphyséotomie chez l'homme**; par J. Albarran. (Mercredi méd. Nr. 4. p. 37. 1893.)

31jähr. Mann, welcher seit 3 Jahren an Cystitis und Blutharnen litt. Cystoskopisch fand man eine gestielte Neubildung in der Gegend der linken Uretermündung. Guyon exstirpirte die Geschwulst durch Sectio alta am 28. August 1890. Nach einem Jahre wieder Blutharnen. Cystoskopisch: kleiner Tumor der linken Blasenwand zwischen Blasenhals und Ureter. Erst September 1892 liess der Kr. sich operiren. Der Tumor war beträchtlich gewachsen. Zunächst Symphyseotomie. Die beiden Schambeine traten 42 mm auseinander. Dann Entfernung zweier Geschwülste und Resektion eines Stückes der Blasenwand im Umfang von 4 zu 6 cm. Blasennaht. Die Schambeine kamen fest wieder in Contakt. Venöse Blutung. Tamponade. Heilung normal. Eine kleine Fistel schloss sich $1^1/_2$ Monate nach der Operation. Bisher kein Recidiv.

A. hält die Symphyseotomie nur dann für nöthig, falls man eine Resektion des unteren Theils der Blase vornehmen will. Präger (Chemnitz).

136. **Ueber Pyurie**; von Dr. C. Posner in Berlin. (Berl. Klinik Nr. 64. 1893.)

Die letzten Jahre haben uns mehrfach Anhalte dafür gebracht, die Diagnose der Pyurie in eine anatomisch-ätiologische umzuwandeln. Wir können jetzt in den meisten Fällen von Pyurie bestimmen, *woher der Eiter des Urins stammt und was für eine Erkrankung sein Erscheinen andeutet.*

Für das Verständniss dieser Dinge schien es P. vor Allem von Werth zu sein, ein Mittel zu besitzen, durch welches man überhaupt einmal ein positives *Maass für die Grösse der Eiterausscheidung* bekäme. Der äussere Anblick eines eiterhaltigen Harnes, der Niederschlag, die Donié'sche Eiterreaktion, die Bestimmung des specifischen Gewichtes u. s. w. geben immer nur einen annähernden Werth. Einen genauen Begriff von der wirklich vorhandenen Eitermenge kann man sich nur dadurch verschaffen, dass man einen Tropfen des möglichst frischen, sorgsam umgeschüttelten Urins unter das Mikroskop bringt und eine *Zählung der Eiterkörperchen* vornimmt.

Hottinger hat auf die Veranlassung P.'s hin eine grosse Zahl von Eiterharnen in dieser Weise geprüft und sehr hohe Zahlen gefunden. Es ist nichts Ungewöhnliches, dass man bei einem schweren Blasenkatarrh 30—40000 Eiterkörperchen in 1 cmm Urin zählt.

Für die topographische Diagnose giebt diese ziffernmässige Bestimmung der Pyurie keinen Anhalt: bei Cystitiden und Pyelitiden fanden sich annähernd die gleichen Mengenverhältnisse vor. Vielleicht aber wird die genauere Durchforschung dieser Dinge gelegentlich einigen Aufschluss über die *Art* der Krankheit geben können, insofern als eine andauernde, sehr reichliche Eiterung entschieden auf eine tiefergreifende, parenchymatöse Erkrankung hinweist.

Auch nach anderer Richtung hin ist die Durchforschung des Eiters mit dem Mikroskop nicht ganz unfruchtbar geblieben: so spricht das Auftreten zahlreicher *mononucleärer Eiterzellen* entschieden für eine Betheiligung des Nierenparenchyms. Aus dem Vorkommen *eosinophiler Zellen* möchte P. noch keine diagnostischen Schlüsse ziehen.

Auch die *Reaktion des Harnes* darf nur in vorsichtiger Weise zu bindenden Schlüssen benutzt werden. Nur in allen Fällen chronischen sauren Katarrhs muss die Frage der Tuberkulose mit besonderer Sorgfalt erwogen werden.

Die *gonorrhoischen* Cystitiden beruhen in der Regel auf einer Mischinfektion; nur ausserordentlich selten ist bisher der Gonococcus im Sediment des Blasenharns gefunden worden und es darf somit von seinem Nachweise ein Anhalt für die Diagnose nicht erwartet werden.

Auch eine genaue *chemische Untersuchung des Eiters* giebt uns nur selten völlig unzweideutigen Aufschluss über seinen Ursprung. P. bespricht

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

hier kurz den Nachweis von Albumin, von Hemialbumose und Pepton im eiterhaltigen Harne.

Aus dem bisher Gesagten ergiebt sich, dass zwar gewisse allgemeine Anhaltepunkte aus der Harnuntersuchung gewonnen werden können, dass indessen eine durchgreifende Aufklärung in jedem einzelnen Falle nicht erwartet werden darf; auch der *Verlauf der Krankheit* und der *objektive Befund* gestatten nicht in allen Fällen ein sicheres Urtheil über den Ort der Krankheit. In manchen Fällen vermögen nur die *Palpation der Nieren*, die *Kystoskopie* und die *Ureterenkatheterisation* einen sicheren diagnostischen Aufschluss zu geben.

Therapeutische Bemerkungen, die sich namentlich gegen eine *sofortige* örtliche Behandlung des Blasenkatarrhs richten, beschliessen die Arbeit.

P. Wagner (Leipzig).

137. **Heilung grosser Weichtheil- und Hautdefekte der Extremitäten mittelst gestielter Hautlappen aus entfernten Körpertheilen**; von Prof. v. Bramann in Halle. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 3. p. 626. 1893.)

Wenn wir auch jetzt, Dank der Transplantation nach Thiersch, in der Lage sind, sehr grosse, früher als unheilbar geltende Defekte zum Verschluss zu bringen, so muss andererseits doch zugegeben werden, dass die dabei entstehenden Narben immerhin wenig widerstandsfähig sind und daher bei ungünstiger Lage sehr leicht wieder Risse bekommen und wund werden. So z. B. die über Knochen gelegenen und angewachsenen Narben, wie die über der vorderen Tibiafläche, ferner die des Handtellers und der Fusssohle.

Ferner sind alle jene Fälle zu berücksichtigen, in denen jede Spur von Narbenschrumpfung und deren Folgen verhütet werden sollen, namentlich bei allen in der Umgebung von Gelenken liegenden Defekten, die mit Rücksicht auf die Bewegungsfähigkeit des Gelenkes ein elastisches, dehnbares und zugleich widerstandsfähiges Material zu ihrer Deckung erfordern.

Endlich gehören hierher auch die Fälle, in denen für die Anheilung der aufgepflanzten Hautläppchen sehr ungünstige Bedingungen gegeben sind, während eine Deckung des Defektes mit Rücksicht auf die Funktionen der verletzten Theile unbedingt erforderlich ist, wie z. B. die Deckung von freiliegenden Sehnenwunden und besonders Sehnendefekten, die durch Naht sich nicht vollständig beseitigen lassen.

In allen diesen Fällen sind *gestielte Hautlappen* der Transplantation vorzuziehen, sofern man dieselben nicht nur aus der ganzen Dicke der Haut bildet, sondern auch das weiche Polster des subcutanen Fettgewebes mitnimmt. Da aber bei ausgedehnten Hautdefekten an den Extremitäten die letzteren nicht genügendes Ersatzmaterial zur Verfügung stellen, so hat v. B. solches in einer grösseren Reihe von Fällen aus entfernten und für den vorliegenden Zweck geeigneten Körpergegenden entnommen, und dadurch nicht nur die sonst unerlässliche Amputation umgehen, sondern die betr. Gliedmaassen sogar leistungsfähig erhalten können.

v. B. theilt 5 Krankengeschichten ausführlich mit. In 4 Fällen handelte es sich um Defekte an der Hand, bez. am Arm, die durch gestielte Hautlappen vom Thorax zur Heilung gelangten; im 5. Falle um einen Defekt in der rechten Fersen- und Fusssohlengegend, der durch einen gestielten Hautlappen aus der linken Wade gedeckt wurde.

P. Wagner (Leipzig).

138. **Beitrag zur Klinik der typhösen Knochenentzündungen**; von Dr. C. Caspersohn in Altona. (v. Esmarch's Festschr. p. 453. 1893.)

Unter typhösen Knochenentzündungen verstehen wir eine Complikation oder Nachkrankheit des Unterleibstyphus, die in ursächlichem Zusammenhange mit den specifischen typhösen Vorgängen steht. Die Entzündungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie in der Regel mehrfach auftreten, die verschiedensten Skeletabschnitte, wenn auch mit Vorliebe die Diaphysen der Röhrenknochen, befallen und meist recht erhebliche lancinirende Schmerzen verursachen.

Die gewöhnlichere *Form* ist die *nicht eiterige*, das *sogen. Rheumatoid des Knochens*. Es handelt sich hierbei um eine Betheiligung des gesammten Knochengewebes (Osteoperiostitis), die bisweilen sich von selbst zurückbildet; in anderen Fällen schmilzt die Knochenverdickung zu einem eiterähnlichen Brei ein oder wandelt sich zu einer dauernden Periostose um. In diesen Periostschwellungen, oder auch im Knochenmark findet sich der *Typhusbacillus*.

Die *eiterige Form* der typhösen Knochenentzündung wird seltener beobachtet. Sie tritt meist als akute Abscedirung auf und wird, da bisher nur der Nachweis von *Eiterkokken* bei ihr gelungen ist, als Folge einer *Mischinfektion* gedeutet.

C. theilt 2 Fälle von nicht eiteriger typhöser Knochenentzündung mit, die allerdings des bakteriologischen Nachweises entbehren.

P. Wagner (Leipzig).

139. **Ueber Knochenmetastasen des Schilddrüsenkrebses**; von Dr. A. v. Eiselsberg in Wien. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 2. p. 430. 1893.)

Der primäre Schilddrüsenkrebs setzt am häufigsten Metastasen in den Lungen und dann im Knochensysteme. v. E. geht besonders auf die *Knochenmetastasen bei primärem Adenocarcinom der Schilddrüse* ein, bei denen man ganz oder nahezu ausschliesslich normales Schilddrüsengewebe findet.

v. E. berichtet zunächst über 2 klinische Beobachtungen von Kropfmetastase im Scheitelbein und

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Adenocarcinommetastase der Schilddrüse im Sternum. Im Anschluss hieran erwähnt er 6 pathologisch-anatomische Präparate von theils solitären, theils multiplen Knochenmetastasen nach malignen Schilddrüsentumoren.

Das Eigenthümliche dieser Schilddrüsenmetastasen besteht in der *Lokalisation in den Knochen*, dem *häufigen Solitärbleiben der Metastase*, dem *langsamen Wachsthume* und endlich dem Umstande, *dass die primäre Kropfgeschwulst oft ganz klein sein kann.* P. Wagner (Leipzig).

140. **Ueber das Lipoma, resp. Fibroma arborescens der Gelenke**; von N. A. Sokoloff in Petersburg. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 81. 1893.)

Grössere oder kleinere Zottenwucherungen der Synovialmembran findet man ganz gewöhnlich beim chronischen Rheumatismus (Schüller), sowie auch bei der Tuberkulose, bei der die Wucherungen durch den schwachen Reiz der erloschenen oder erlöschenden Krankheit entstehen. Häufiger noch werden die Zottenwucherungen bei Arthritis deformans beobachtet, aber auch nur in Form einzelner Zotten oder in Form einer umschriebenen Wucherung in einem oder dem anderen Theile der Synovialmembran. Auch in der normalen Synovialis kommen Zotten in grösserem oder geringerem Maasse vor (Hagen-Torn, Schüller). Diese entwickeln sich aus dem Gewebe der Synovialis selbst, von der sie sich morphologisch durch nichts unterscheiden. Unter normalen Verhältnissen findet die Zottenbildung aber nur an den wenigen Stellen des Gelenkes statt, an denen ein negativer Druck sich entwickelt (z. B. oberer Rand der Patella, oberer Recessus des Kniegelenkes).

In den Gelenken, in denen der intraartikuläre Druck grossen Schwankungen unterworfen sein kann, sind die Bedingungen für die Zottenbildung überaus günstige. Auf diese Weise ist *„unter physiologischen Bedingungen der negative Druck der Hauptfaktor der Zottenbildung"*.

Die weniger nachgiebigen Theile der Gelenke, wie Knorpel und Sehnen, wie auch die weichen Theile, welche in fortwährender Berührung mit einander sind, unterliegen keinem negativen Drucke und tragen deshalb auch keine Zotten. Dort aber, wo das Gewebe verschiebbarer und lockerer ist, kann es sich leicht ansaugen und dadurch wird ein negativer Druck an der betreffenden Stelle entstehen, der nun den Anlass zur Zottenwucherung liefert. Die Reibung spielt dabei keine wesentliche Rolle. Die Bedeutung des negativen Druckes für die Zottenbildung beweist S. an 2 selbst beobachteten Fällen.

In dem einen Falle, in dem es sich um eine Gelenkerkrankung bei Gliomatose des Rückenmarks handelte, wurde eine deutliche Wucherung gerade auf dem Theile der Synovialis beobachtet, welcher sozusagen ausser Funktion stand. Die mikroskopische Untersuchung zeigte das gewöhnliche Bild hypertrophirter Zotten, nur mit dem Unterschiede, dass sie stellenweise durchgehends aus Fettgewebe bestanden: *Lipoma arborescens.*

In dem anderen Falle handelte es sich um das anatomische Präparat einer veralteten Luxatio humeri. Der hintere äussere Theil der Kapsel war ausser Thätigkeit gestellt gewesen und hier hatten sich starke Zottenwucherungen entwickelt. In beiden Fällen war der Entzündungsreiz als Ursache auszuschliessen.

P. Wagner (Leipzig).

141. **Zur Behandlung der Gelenkbrüche**; von Dr. Paul Klemm in Riga. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 78. 1893.)

Kl. bespricht die Behandlung der wahren Gelenkbrüche, sowie der paraartikulären Frakturen, wie sie in der chirurgischen Abtheilung des Rigaer Stadtkrankenhauses üblich ist.

Bei der Behandlung der Gelenkbrüche herrscht insofern Einigkeit, als man einsieht, dass bei zu lange fortgesetzter Immobilisirung der Heilerfolg ein sehr fraglicher ist. Soll dem Kranken ein gut arbeitendes Gelenk erhalten bleiben, so muss zwischen Ruhe und Bewegung ein richtiger Wechsel beobachtet werden. *Ruhe dem gebrochenen Knochen, Bewegung dem Gelenk, den Muskeln, Sehnen und Fascien.*

Bei allen Brüchen der Gelenke, sowie bei den meisten paraartikulären Frakturen findet ein Bluterguss in die Gelenkhöhle und in die Umgebung der Gelenke statt. Die Störungen, die dabei auftreten, sind von den Hämatomen abhängig. Zu ihnen gehören: 1) Schwere Reponirbarkeit, bez. schwierige Erhaltung der Bruchfragmente in der reponirten Lage. 2) Veränderungen in der Gelenkhöhle: a) Schwartenbildung und Verdickung der Synovialis; b) Verwachsung intraartikulärer Theile der Gelenkkörper durch neugebildetes Bindegewebe (Ankylose). 3) Schwarten- und Narbenbildung im paraartikulären Gewebe. 4) Verwachsungen der Sehnen mit ihren Scheiden. 5) Ernährungsveränderungen an den Muskeln. 6) Druck und Zerrung von Nervenstämmen und in Folge dessen möglicher Weise Neuritis mit Vorgängen an Knochen und Gelenken. 7) Hydropsien der Gelenke, sowie derbe Oedeme im paraartikulären Gewebe.

Es ist also in der Hauptsache *die Anwesenheit der intra- und paraartikulären Hämatome, die die Prognose der Gelenkbrüche so ungünstig gestaltet.*

Therapeutisch kommt Alles darauf an, das ausgetretene Blut fortzuschaffen, wozu uns *blutige* und *unblutige Methoden* zur Verfügung stehen. Zu den ersteren sind zu rechnen: 1) Die Punktion des Blutergusses mit oder ohne nachfolgende Ausspülung. 2) Schnitt mit Entleerung des Extravasates; hieran schliesst sich vielleicht die Naht der Knochenfragmente. Als unblutige Eingriffe kommen die Compression und die Massage in Betracht.

Die blutigen Eingriffe dürfen jedenfalls nur in Ausnahmefällen zur Anwendung kommen; dagegen *sind die Massage und die Compression die beiden Mittel, die im Verein mit aktiven und passiven Be-*

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

wegungen in der Behandlung der Gelenkbrüche die wichtigste Rolle spielen. Dabei darf aber nicht von einer Immobilisirung des gebrochenen Knochens ganz abgesehen werden. Der gebrochene Knochen verlangt Ruhe und wir müssen durch passende Verbände und Lagerungsvorrichtungen diesem Verlangen gerecht werden. Als Schienenmaterial empfiehlt Kl. starke Pappe, sowie Schienen aus Eisenblech in Form der *v. Volkmann*'schen T-Schiene, sowie gebogene Winkelschienen für die Arme. Für die Brüche der Beine sind Gips- und Streckverbände vielfach nicht zu umgehen. An einzelnen Beispielen erläutert dann Kl. die von ihm geübte Behandlung der verschiedenen Gelenkbrüche.

P. Wagner (Leipzig).

142. **Die Behandlung der Frakturen der unteren Extremität**; von Dr. H. Schmid in Stettin. (Centr.-Bl. f. Chir. XX. 32. 1893.)

Bei der Behandlung der Frakturen steht Schm. auf dem entschieden richtigen Standpunkte, dass die Immobilisation nur dann aufgegeben und dafür die Massage nur dann in dazu geeigneten Fällen angewandt werden darf, wenn der Kranke täglich unter ärztlicher Aufsicht steht; im anderen Falle ist die richtige, nicht zu lange dauernde Immobilisation unter allen Umständen vorzuziehen.

Die Behandlung, die Schm. seit 5—6 Jahren bei Brüchen der Malleolen, des Unterschenkels, des Oberschenkels im unteren Drittel, öfters auch bei Brüchen der Fusswurzel, des Fuss- und Kniegelenkes, sowie auch bei complicirten Frakturen und bei Resektionen des Fusses angewendet hat, gründet sich auf die Thatsache, dass in gut angelegten Gipsverbänden oder Gipshülsen, bei welchen die nächst liegenden Gelenke frei bleiben können, die Bruchenden, wenn sie vorher richtig zu einander gestellt sind, sich nicht verschieben können, und die Pat. mit so sicher geschienten Frakturen ohne Schmerz und ohne Gefahr schon in der ersten Woche auftreten und gehen können.

Je nachdem der Bluterguss aufgesaugt und die Schwellung rückgängig geworden ist, wird der Gipsverband 3—6 Tage nach der Verletzung angelegt; mit diesem Verband steht der Pat. am nächsten Tage auf und geht. Unter den Gipsverband werden ein Absatz und eine Sohle, wenn nöthig ein Schnürschuh angebracht.

P. Wagner (Leipzig).

143. **Bericht über die XXIII. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft. Heidelberg 1893.** Ausgegeben am 9. Dec. (Stuttgart 1893. Druck der Union, deutsche Verlagsgesellschaft. 8. 258 S.)

Ueber Nachbilder; von Snellen.

Die Untersuchungen, die Dr. Bosscha in Utrecht und Snellen angestellt haben, ergaben Folgendes. Zur Erzeugung von Nachbildern bedient man sich am besten des elektrischen Funkens in ganz dunklem Raume. An dem erzeugten Bilde unterscheidet man 3 aufeinander folgende Arten: das primäre Bild, das bis $^1/_8$ Sekunde dauern kann, das sekundäre Nachbild in der Contrastfarbe, das unmittelbar auf das primäre folgt und um so undeutlicher wird, je länger die Beleuchtung dauert, das tertiäre Bild, das einige Sekunden andauert, dessen (positive oder negative) Natur nicht bestimmt werden konnte. Bei geeignet angestelltem Versuche (schwach beleuchtete Fläche) kann das dritte Bild vollkommen unsichtbar bleiben, dafür aber bei vollkommen ruhig gehaltenem Auge nach einiger Zeit das primäre wieder auftauchen; das Gleiche tritt sofort ein, wenn das Auge eine Bewegung macht. Es handelt sich hier um eine Ermüdungs-Erscheinung mit gleichzeitiger Wiederherstellung der Netzhautthätigkeit.

Befunde zur Kenntniss des Flüssigkeitswechsels im Auge und zur Lehre von der Fibrinbildung im Kammerwasser; von Dr. R. Greeff in Frankfurt a. M.

Das Kammerwasser enthält für gewöhnlich weder Eiweiss, noch Fibrin. Eröffnet man die vordere Kammer und lässt das Wasser abfliessen, so findet man, dass das neu angesammelte Kammerwasser sehr fibrinreich ist. Es stimmt dieser Befund mit dem von Weigert aufgestellten Satze, dass Fibrinausscheidung nur da stattfindet, wo die Epitheldecke nicht mehr normal ist. Gr. fand nämlich ganz eigenartige Veränderungen am Ciliarkörper nach Eröffnung der vorderen Kammer. Seine Oberfläche war mit Blasen bedeckt, die durch Abhebung der doppelten Epithellage entstanden waren. Der fibrinreiche Inhalt der Blasen ergiesst sich dann in die vordere Kammer. Da die auch als Absonderungsquelle angesehene Vorderfläche der Regenbogenhaut von Gr. bei seinen Versuchen stets normal gefunden wurde, lässt sich aus den Beobachtungen zugleich der Schluss ziehen, dass der Ciliarkörper allein es sei, der das Kammerwasser liefert.

Diesen Satz, sowie die Bemerkung, dass auch Fluorescin bei Injektion unter die Haut in normalen Augen nicht bis zum Kammerwasser diffundire, bestritt Uhthoff in der Verhandlung; mehrere Redner stimmten Gr. bei.

Ueber Siderosis bulbi und die Beziehungen siderotischer und hämatogener Pigmentirung; von Dr. Eugen v. Hippel in Heidelberg.

Ueber Siderosis bulbi; von Gruber in Wien.

Beide Autoren haben Versuche an Thieraugen durch Einführung von Eisensplittern gemacht und sie mit den Erscheinungen an verletzten menschlichen Augen verglichen. v. H. unterscheidet zwischen Siderosis, wenn Eisen in gelöster Form diffundirt, das von Fremdkörpern oder vom Blute stammt, und Hämosiderin, worunter er die Verfärbung der Gewebe mit eisenhaltigem, aus dem Blute stammendem körnigem Pigment versteht. Die Angabe Bunge's, dass die rostbraune Verfärbung

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

des vorderen Augenpols pathognomonisch für das Vorhandensein eines Eisensplitters im Auge sei, konnte v. H. nicht bestätigen.

In der Verhandlung wurde hauptsächlich die von Samelsohn aufgestellte Behauptung, dass in der Linse präformirte Wege für die Ausbreitung des Eisens dienen, besprochen und widerlegt.

Das Zustandekommen der Netzhautpigmentirung; von Dr. Capauner.

C. fasst die Ergebnisse seiner höchst lehrreichen Untersuchungen im Folgenden zusammen: Die Pigmentepithelien der Retina können amöboide Bewegungen machen. Die Pigmentirung der Netzhaut nach Durchschneidung der ernährenden Gefässe erfolgt im Wesentlichen durch aktive Lokomotion der Pigmentepithelien in die degenerirende Netzhaut. Es kann unter Umständen in überraschend kurzer Zeit zu einer erheblichen Retinapigmentirung kommen, ohne Betheiligung des Pigmentepithels der Retina. Diese Pigmentirung geht aus von wuchernden Pigmentepithelien der Ciliarfortsätze und erfolgt von innen nach aussen, selbst an normal aussehenden Netzhautheilen. Es besteht, jedenfalls unter pathologischen Bedingungen, ein Flüssigkeitstrom, der von den Ciliarfortsätzen aus an der Innenfläche der Retina entlang nach hinten und von den verschiedenen Punkten dieser Bahn aus seitlich durch die Retina geht.

Ueber sogenannte abgeschwächte Iristuberkulose; von Samelsohn.

S. stellte intraokuläre Impfungen mit Tuberkeln an Kaninchen an und fand, dass das Gift bei Weiterimpfung von Generation zu Generation meist immer schärfer wirkte. In einzelnen Fällen aber blieb es vollständig wirkungslos. Auch beim Menschen konnte S. nach vielen Jahren noch beobachten, dass frühere Irisknoten spurlos verschwunden waren, während wiederum bei anderen Kranken mit Knötchenbildung in der Regenbogenhaut sich Pia-Tuberkulose mit tödtlichem Ausgang anschloss.

Anwendung des Hydroxycyanid; von Schlösser in München.

Schl. rühmt als Antisepticum das Quecksilberoxycyanid, das in 1—2proc. Lösung ebenso wirksam sei, wie das Sublimat, aber viel weniger reizend und eiweisscoagulirend und viel weniger angreifend für die Instrumente.

Behandlung und Prophylaxis der infektiösen Processe nach Staaroperation; von Darier in Paris.

D. empfiehlt als wirksamstes Mittel bei Hornhauteiterungen und anderen schweren Infektionskrankheiten des Auges die von uns bereits besprochenen Sublimatinjektionen unter die Bindehaut des Auges (1 Theilstrich einer 1prom. Lösung).

In der Verhandlung berichtet Eversbusch, dass er bei Wundinfektion die Wundränder mit Acid. carbolic. cryst. liquefact. mittels eines Malerpinsels betupfe und damit gute Erfolge erziele.

Zur Desinfektion des Bindehautsackes; von Franke in Hamburg.

Fr. berichtet über seine Untersuchung auf Mikroorganismen in der Bindehaut. Er fand Mikroorganismen auch auf ganz normal aussehender Bindehaut; ganz keimfrei kann sie durch keines der am Auge anwendbaren Mittel gemacht werden. Die Wirkung innerer Mittel erstreckt sich höchst wahrscheinlich nur auf die der Oberfläche anhaftenden Mikroorganismen. Sattler räth, statt der jetzt vielfach verwandten Kochsalzlösung doch lieber Sublimat zur Ausspülung des Bindehautsackes zu gebrauchen.

Ueber eine neue Behandlung des Glaukoms; von Knies.

K. schlägt vor, bei akutem Glaukom nach dem Einschnitt am Hornhautrande gleich die Regenbogenhaut möglichst nahe am Ansatze zu durchschneiden, wodurch eben so gute Erfolge erzielt werden, als wenn ein Stück der Regenbogenhaut ausgeschnitten wird. Er nennt sein Verfahren Irido-Sklerotomie.

Ueber das Schielen und seine Spontanheilung; von L. Weiss.

Um die Frage zu lösen, warum nach richtiger Operation von Strabismus convergens oft nach einigen Jahren Strabismus divergens eintritt und warum so und so viele Fälle von Strabismus convergens mit den Jahren von selbst verschwinden, glaubt W. besonders auf das verschiedene Wachsthum von Gesicht und Schädel hinweisen zu müssen, sowie auf die verschiedene Gesichts- und Schädelbildung Erwachsener, die an Strabismus convergens oder divergens leiden. W. hat zahlreiche Messungen vorgenommen und hierzu einen eigenen Apparat gebaut.

Ueber die operative Behandlung der Ptosis; von C. Hess.

H. beschreibt sein Verfahren so: Es wird ein flach bogenförmiger Hautschnitt durch die Augenbraue in deren ganzer Ausdehnung gelegt und von dieser Schnittwunde aus wird mit einem Scalpell in grossen Zügen die Haut subcutan vom Orbicularis bis dicht zum Lidrande lospräparirt. Hierauf werden durch die Mitte dieses lospräparirten Hautstückes drei doppelt armirte Fäden (ähnlich wie bei der Pagenstecher'schen Operation) so durchgeführt, dass beim Anziehen eine der normalen möglichst ähnliche Lidfalte entsteht. Die an der rückwärts gewendeten Wundfläche der Haut hervortretenden Fäden werden nun dicht unter dem oberen Hautschnitte an der Augenbraue eingestochen, subcutan 1—2 cm weit unter der Stirnhaut nach oben geführt und hier nach Durchstechen der Haut über einem Heftpflaster-Röllchen geknüpft; die Fäden bleiben 8—10 Tage liegen. Die Augenbrauenwunde wird durch eine fortlaufende Naht vereinigt. Der Hauptzweck der Operation ist die Herstellung einer möglichst grossen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Wundfläche an der Stelle, wo die künstliche Falte im oberen Lide gebildet werden soll.

Zur Trichiasis-Operation; von Limbourg in Köln.

Nach einem etwa 5 mm vom Lidrande entfernten Hautschnitte Blosslegung des vorderen Tarsalrandes mit Schonung der Bindehaut. Vom Tarsalrand wird ein ungefähr 2 mm breiter Streifen abgetragen, die vordere Fläche des Tarsus nach dem oberen Rande hin frei präparirt und die Hautwunde geschlossen. Heilung in 4 Tagen.

Bedingungen zur Entfernung von Eisensplittern durch den Magneten; von Schloesser.

Wie muss ein Magnet zur Entfernung von Eisensplittern beschaffen sein und welcher ist der beste Weg für den Fremdkörper aus dem Auge? Schl. hat einen Apparat herstellen lassen (bei *Edelmann* in München um ca. 100 Mk. käuflich) aus einem grossen Eisenblocke mit einem cylindrischen Fortsatze von ca. 13 cm Länge und 4 cm Durchmesser, umgeben von 500 Windungen Kupferdraht. An den Magneten setzt sich ein Polschuh in der Form eines gleichseitigen Kegels mit abgestumpfter Spitze an, durch den die magnetischen Kraftlinien wie Lichtstrahlen durch eine Convexlinse an einem Punkt gesammelt werden. Eine Stromspannung von 27—30 Volt genügt. Mit diesem Apparat, der in jede elektrische Leitung eingeschaltet werden kann, lassen sich Eisensplitter von 10—500 mg bald nach der Verletzung aus dem Augengrunde durch die Linse in die vordere Kammer ziehen. Schl. schlägt aber als besten Weg für die Entfernung des Fremdkörpers die Gegend des Orbiculus ciliaris vor. Das Auge wird während der Operation mit Instrumenten von Messing oder Nickel fixirt.

Ueber ein bisher unbekanntes Symptom der completen Facialislähmung; von Goldzieher.

Die Thränen werden von der Thränendrüse, die als eingestülptes Bindehautepithel aufzufassen ist, und von der Bindehaut, die als eine flächenartig ausgebreitete Drüse angesehen werden kann, abgesondert. Das Produkt der Bindehaut genügt zur Befeuchtung des Auges; das der Thränendrüse liefert die Thränen beim Weinen. Nicht der Trigeminus, bez. Lacrymalis innervirt die Thränendrüse, er kann unbeschadet vollständig fehlen, sondern der Facialis. Bei completer Facialislähmung wird darum an dem Auge mit Lagophthalmus keine Thräne abgesondert, während das andere Auge weint. G. und Wagenmann führen hierfür klinische Beispiele an.

Latente Augenmuskel-Störungen bei Tabes; von Guillery in Köln.

G. ist der Ansicht, dass bisher bei Tabes nur die ausgeprägten Lähmungen beachtet, die latenten Paresen der externen und internen Augenmuskeln aber zu wenig berücksichtigt wurden. Auch diese können, ebenso wie die manifesten, in ihrer Stärke wechseln, verschwinden und wieder auftauchen. Genaue Untersuchung lasse sie fast nie bei beginnender Tabes vermissen. Sattler glaubt, dass diese Störungen nicht als „paretische", sondern als Gleichgewichtsstörung der Muskeln aufzufassen seien, wie sie bei gesunden Menschen auch sehr häufig vorkommen.

Cystenbildung an Lid und Bulbus; von Dr. Becker in Marburg.

B. beschreibt eine Cystenbildung bei Mikrophthalmus eines 6 Monate alten, sonst ganz gesunden Kindes. Besonders erwähnenswerth ist, dass die Linse den ganzen Augapfelraum ausfüllte und dass die Netzhaut völlig vom Sehnerven getrennt war und ihm gegenüber in einem dicht oberhalb der Hornhaut befindlichen ektatischen Sklera theile lag. Die Entstehung solcher Gebilde erklärt B. nach der Kundrat-Mitvalsky'schen Theorie, nach der bei Mikrophthalmus die Unterlidcysten durch Hineinwachsen des Gewebes der primären Augenblase in das umliegende embryonal-mesodermatische Gewebe vorkommen.

Mehrjährige Beobachtungen an wegen hoher Myopie extrahirten Augen; von Dr. Fukala in Pilsen.

F., der in den letzten Jahren hauptsächlich die Operation von kurzsichtigen Augen hohen Grades gefördert hat, berichtete über die vorzüglichen Erfolge dieses Verfahrens. In diesen Jahrbüchern wurden die betreffenden Veröffentlichungen von Fukala, Schweigger, Pflüger u. A. bereits besprochen. In der Verhandlung stimmten fast Alle F. vollständig bei.

Ueber die sichel- und ringförmigen Gebilde an der Papille; von Dr. Schwarz.

Schw. beschreibt die verschiedenen Formen sichel- und ringförmiger Gebilde an der Papille. Die Hauptformen sind: 1) Die Distraktionsichel. Weisse oder grauweisse gefleckte Sichel mit nur äusserer scharfer Grenze, die innere Grenze liegt tiefer. Aus der Distraktionsichel kann durch Steigerung ein gleich gefärbter Distraktionring entstehen. 2) Die Sichel nach unten unterscheidet sich nur durch die Lage von der Distraktionsichel. Sie ist als Colobom-Andeutung aufzufassen. 3) Die Retraktionsichel. Weiss oder grau gesprenkelt. Beide Grenzen deutlich, doch die innere nicht so scharf wie die äussere und ohne Niveau-Unterschied. 4) Der Skleraraum oder Bindegewebestreif. Entweder ringförmig oder sichelförmig mit scharfen Aussen- und Innen-Grenzen. 5) Die Aderhautsichel. Gelblich röthliche oder grauröthliche gefleckte Sichel mit scharfem, oft pigmentirtem Innenrande und zartem Aussenrande ohne Höhenunterschied. 6) Der Halo glaucomatosus. Hellröthlicher, überall ziemlich gleich breiter Ring mit innerer scharfer und äusserer zarter Grenze. 7) Der Halo senilis, dem vorhergehenden gleich. Von diesen 7 Formen können sich 2 oder 3 noch mit einander vermischen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Spontane Rückbildung einer Iriscyste; von Eversbusch.

E. bespricht einen Fall von theilweiser Rückbildung einer mehr als die Hälfte der vorderen Augenkammer einnehmenden Cyste der Regenbogenhaut, ohne dass ein operativer Eingriff stattgefunden hat. (Wird nach erfolgter ausführlicher Beschreibung in den klin. Monatsblättern näher besprochen werden.)

Ausser diesen Vorträgen wurden während des Congresses in den Nachmittagsitzungen noch zahlreiche kleinere Vorträge mit Vorstellung von Kranken, Instrumenten, mikroskopischen Präparaten gehalten, die ohne diese zur Besprechung weniger geeignet sind. Lamhofer (Leipzig).

144. **Therapeutische Mittheilungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde**; von Dr. C. Mellinger. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXIII. 16. 17. 1893.)

In der vorliegenden Arbeit ist die Behandlungsweise einiger wichtigen Augenkrankheiten zusammengestellt, wie sie in der Baseler Universitätsklinik üblich ist. An die Stelle der complicirten Collyrien sind, wie wohl fast überall, sehr einfache Augenwässer getreten, vor Allem Borlösung und Sublimatlösung. Letzterer wird noch Kochsalz im Verhältniss von 0.7% beigefügt und darauf geachtet, dass die Lösung spiritusfrei ist; hierdurch wird erreicht, dass das Auge durch die Sublimatlösung nicht gereizt wird. Bei allen Formen von Bindehautentzündung lässt sich Sublimat verwenden. Zu vermeiden ist es, wegen der Gefahr der Hornhauttrübung, bei eröffnetem Augapfel. Ausser diesen beiden Lösungen werden noch Blei-, Zink- und Höllensteinlösungen verwendet. Von Jodoformpulver wurde kein günstiger Erfolg beobachtet. Cocainlösung, als Augentropfen gebraucht, schimmelt leicht. Es wird daher das Cocain in 4proc. Borlösung, die gekocht wird, gleichfalls mit Kochsalzzusatz im Verhältniss von 0.7% benutzt. Bei schweren eitrigen Hornhautprocessen wird Atropin oder Eserin eingeträufelt, ein constanter feuchter Verband mit Guttapercha über das Auge gelegt oder auch eine lineare Aetzung der Uebergangsfalte mit Lapis gemacht. Hierdurch wurden viel bessere Erfolge erzielt als durch die Spaltung der Hornhaut, das Auskratzen oder Brennen der infiltrirten Hornhaut. Bei Hypopyonkeratitis wurde in neuerer Zeit auch Sublimat 1:2000 unter die Bindehaut injicirt, zwar mit gutem Erfolg, aber mit wochenlang dauernden Reizerscheinungen am Auge. Lamhofer (Leipzig).

145. **Die follikuläre Bindehaut-Entzündung in den Volksschulen zu Hagen**; von Dr. Mayweg. (Festschrift d. ärztl. Vereins zu Arnsberg. Wiesbaden 1893. J. F. Bergmann. p. 201.)

In der grossen Trachomliteratur nimmt der Streit über das Wesen der Follikel einen ausgedehnten Raum ein. Erfahrene Kliniker rechnen den Follikularkatarrh zum Trachom, andere wieder behaupten, dass ein echtes Trachom sich nie aus Follikularkatarrh entwickeln könne. Die Arbeit M.'s zeigt, dass er zu den letzteren sich stellt. Er hat 2mal im Jahre 6000 Schulkinder von Hagen untersucht und diese Untersuchungen längere Zeit fortgeführt. Er fand unter den Kindern bläschenartige Entartung der Bindehaut, gelbröthliche Follikel, fand sie bei den gleichen Kindern zu verschiedenen Zeiten verschieden, sah sie ganz verschwinden ohne jegliche Behandlung, beobachtete z. B. ein sehr häufiges Vorkommen in einem staubreichen trocknen Frühjahr, während im Herbst desselben Jahres die Krankheit (wenn man sie so nennen darf) sehr selten war. Unter den Schülern waren auch einige mit Trachom, es waren Kinder eingewanderter Familien. Nie aber sah M. aus Follikularkatarrh Trachom hervorgehen, auch die paar Trachomerkrankungen heilten im Laufe der Jahre. Sekret, aus der Bindehaut mit Follikeln genommen und in gesunde Augen Anderer gebracht, ergab nie eine Ansteckung. Follikularkatarrh ist also nichts Anderes als eine durch Staub und andere Reize bewirkte vorübergehende stärkere Auswanderung und Anhäufung von Leukocyten im subepithelialen Bindegewebe. Lamhofer (Leipzig).

146. **Ueber zwei Fälle von radiärer Einreissung des Pigmentblattes der Iris, ihre Diagnose und ihre Entstehung**; von Dr. Boerma in Leipzig. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. p. 381. Nov. 1893.)

Bei zwei Kranken der Universitäts-Augenklinik in Leipzig, die eine Verletzung des Auges mit nachfolgender Linsentrübung erlitten hatten, sah B. einen Riss im Pigmentblatt der Regenbogenhaut, der vom Pupillenrande bis zum Ansatze der Regenbogenhaut reichte. Der entstandene Spalt war ungefähr 0.5 mm breit. Die Diagnose wird dadurch ermöglicht, dass man concentrirtes Licht von der Seite her hinter die Regenbogenhaut, nicht auf sie, lenkt, worauf die getrübte Linse durch den Spalt scheint. B. sucht durch eine Zeichnung darzulegen, wie er sich die Kräfterichtung bei einem Stosse auf das Auge denkt, damit ein solcher Einriss in der Regenbogenhaut zu Stande kommt. Bei nicht quellender Linse wird der Riss, ohne dass er vielleicht bemerkt worden war, wieder vollständig verheilen. Lamhofer (Leipzig).

147. **Th. Leber's Erklärung der Netzhautablösung und die Diffusionstheorie kritisch verglichen**; von Prof. Rählmann in Dorpat. (Arch. f. Augenhkde. XXVII. 1 u. 2; Juli 1893.)

Nach Leber und anderen Autoren wirken zum Zustandekommen der Netzhautablösung drei Ursachen zusammen: 1) Schrumpfung des Glaskörpers, 2) Verwachsung des Glaskörpers mit der Retina und Netzhautriss, 3) hintere Glaskörper-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

ablösung mit Eintreten von Flüssigkeit aus dem subvitrinen Raum hinter die Netzhaut durch die Rissstelle hindurch.

Dagegen wendet nun R. Folgendes ein. Man kann in Augen Glaskörperschrumpfung hohen Grades finden ohne Netzhautablösung und umgekehrt. Wo diese vorhanden bei linearen Glaskörpernarben, da haben sie meist eine besondere Gestalt. Es sind faltige Ablösungen in Gestalt von Duplikaturen der Membran, nicht aber die gewöhnlichen buckelförmigen, blasigen Vorbauchungen. Bei künstlich erzeugter Netzhautablösung an lebenden Augen mit Salzlösung oder metallischen Fremdkörpern konnte R. nie Einreissen der Netzhaut beobachten, so lange die Veränderungen noch frisch waren. Beim Versuch an todten Augen sah auch R. wie Leber keine Netzhautablösung auftreten trotz Glaskörperschrumpfung und er erklärt dies einfach dadurch, dass hier keine Eiweisslösung zur Diffusion vorhanden war. Auf die Diffusion der eiweissreichen Flüssigkeit hinter der Netzhaut und der eiweissarmen vor ihr legt R. besonderes Gewicht. Diese Diffusion konnte auch am todten Auge angeregt und so eine Netzhautablösung bewirkt werden, wenn die Versuche geändert wurden derart, dass in den Glaskörper eine Salzlösung eingebracht und der an der Sklera gefensterte Augapfel in eine Eiweisslösung gelegt wurde.

Was den Netzhautriss anlangt, so hält R. ein primäres Einreissen dieser mit der Chorioidea locker verbundenen Membran durch einen Narbenzug für nicht sehr wahrscheinlich. Denn wir finden auch oft Augen mit ganz derber Verwachsung des Glaskörpers mit der Netzhaut und doch trotz jahrelangem Bestande keinen Netzhautriss. Nach der Diffusionslehre erklärt sich der Riss durch den Spannungsunterschied (bei der verschieden stark eiweisshaltigen Flüssigkeit vor und hinter der Netzhaut), da die Bulbuskapsel bei Netzhautablösung meist entspannt ist, während die spannende Kraft der Eiweisslösung hinter der Netzhaut diese zum Einreissen bringt.

Nach Leber dringt bei Netzhautriss die im hinteren Glaskörperraume befindliche Flüssigkeit hinter die Netzhaut und bildet die Ablösung.

R. kann sich keine Vorstellung von der treibenden Kraft für die Flüssigkeit machen. Denn die Flüssigkeit im Glaskörperraume und im subretinalen muss doch dann dieselbe Beschaffenheit haben, gleiches specifisches Gewicht, und kann sich am Orte nicht mehr verändern, sich nicht senken, da sie ja auch nicht schwerer ist. Gerade die pralle Spannung frischer Netzhautablösung, die meist grünliche Verfärbung der subretinalen Flüssigkeit zeigt schon ihre Verschiedenheit an. Chemische Analysen von Scherl ergaben bei frischen Netzhautablösungen einen ungemein hohen Eiweissgehalt der subretinalen Flüssigkeit, während die hintere Glaskörperflüssigkeit eiweissarm war.

Unverständlich bleibt auch nach R. die Wiederanlegung der Netzhaut, die durch Schrumpfung des Glaskörpers, durch Narbenstränge abgezogen wurde. Nach Wiedergabe einiger anatomischer Befunde über das Lückensystem in der Netzhaut erklärt R. „die Schrumpfung des Glaskörpers als Nebenerscheinung und den Netzhautriss als sekundär". Lamhofer (Leipzig).

148. **Retinitis circinata**; von Prof. Fuchs in Wien. (Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 3. p. 229. 1893.)

F. beschreibt mit Hülfe von farbigen Bildern eine höchst seltene eigenthümliche Netzhauterkrankung. Die Erkrankung fand sich ein- und doppelseitig bei älteren Kranken, meist Frauen, die sonst gesund waren. In der Maculagegend fand sich ein verschieden grosser, grauer, trüber Fleck, der, getrennt durch eine normale Zone, von einem elliptischen Gürtel weisser Flecke umgrenzt war. Der Verlauf war sehr langsam, es kann vollständige Rückbildung, aber auch bleibende Verdickung der Retina mit Pigmentveränderung eintreten. Das Sehvermögen war stets bei centralem Skotom sehr herabgesetzt. Anatomische Untersuchungen liegen noch nicht vor, doch muss man die Veränderungen jedenfalls hinter der Nervenfaserschicht der Netzhaut suchen, da man die feinen Retinagefässe deutlich vor der Netzhauttrübung sieht. Aetiologisch war nichts festzustellen. F. glaubt, dass Altersvorgänge der Krankheit zu Grunde liegen. Lamhofer (Leipzig).

149. **Ein seltener Fall von Retinitis pigmentosa, complicirt durch Glaukom**; von Dr. L. Bellarminoff. (Arch. f. Augenhkde. XXVII. 1 u. 2. p. 53. 1893.)

B. sah bei einem 40jähr. Pat. doppelseitige ausgeprägte Retinitis pigmentosa mit Excavation der Sehnervenpapille. An einem Auge war die Krankheit bedeutend weiter vorgeschritten als am anderen. Die Spannung war beiderseits erhöht, das Sehvermögen auf einem Auge fast erloschen, am anderen fast bis zum Fixirpunkt eingeengt. Die Netzhautgefässe waren auf dem einen Auge kaum mehr zu sehen. Dass Glaukom so selten mit Retinitis pigment. getroffen wird, erklärt B. damit, dass durch die Verengung und Verstopfung der Gefässe sowohl der Netzhaut, als der Aderhaut der Blutgehalt im Auge vermindert und dadurch die Filtration der Flüssigkeiten in die Augenhöhle herabgesetzt wird.

Lamhofer (Leipzig).

150. **Ein Beitrag zur Lehre von der epidemischen Nachtblindheit**; von Dr. O. Walter in Odessa. (Arch. f. Augenhkde. XXVII. 1 u. 2. p. 71. 1893.)

Während eines mehrjährigen Aufenthaltes im Ural hatte W. Gelegenheit, 269 Kranke wegen Nachtblindheit zu behandeln. Seine Ansicht über diese Krankheit weicht in mancher Hinsicht von der anderer Beobachter ab. Die Krankheit befiel in der ziemlich ungesunden Gegend meist arme Leute ohne Unterschied des Lebensalters. Wer einmal an der Nachtblindheit erkrankt war, wurde leicht wieder, bis zu 20mal und noch öfter, davon ergriffen. Die Krankheit war am verbreitetsten im

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Frühjahr, kam aber auch in den anderen Monaten vor. Sie nahm meist einen ganz akuten Verlauf. Während der Krankheit trat die Schwächung des Sehvermögens mit dem Sonnenuntergange eben so schnell ein, als sie mit dem Sonnenaufgange verschwand. Als objektives Symptom konnte W. bei vielen Kranken eine Trübung der Papillengrenzen beobachten. Die Behandlung war einfach und günstig: gute Ernährung, Leberthran, Rindsleber, in schweren Fällen Strychnin.

W. stimmt nur mit Adamük in der Auffassung über die Ursache dieser Krankheit überein. W. glaubt, dass weder Blendung, noch körperliche Ueberanstrengung irgend eine Rolle spiele, sondern dass die Krankheit eine miasmatische sei, deren hauptsächliche Ausbreitung unter Leuten mit ungesunder Wohnung und schlechter Ernährung (wie besonders während langer Fastenzeit oder in der Hungersnoth von 1891—92) leicht verständlich sei.

Lamhofer (Leipzig).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

151. **Ueber den Eiweissbedarf des Menschen**; von Dr. Adolf Ritter. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 31. 32. 1893.)

Die Voit'sche Zahl von 118 g Eiweiss als täglichen Durchschnittsbedarfes des mässig arbeitenden Mannes ist in letzter Zeit häufig Missdeutungen ausgesetzt gewesen. Es ist ja nie behauptet worden, dass ein Mensch nicht auch mit weniger Eiweiss ganz gut existiren könne. Aber dass eine geringe Eiweisszufuhr durchaus nicht wünschenswerth ist, das haben schon früher Voit's Versuche an einem Vegetarianer ergeben und das bestätigen auch die jüngst angestellten Versuche R.'s. In diesen Versuchen zeigte es sich, dass bei geringer Zufuhr von Eiweiss, aber grosser Calorienzufuhr, die Versuchsperson nicht vor Stickstoffverlusten geschützt werden konnte. Und dabei handelte es sich um Personen, die während der Versuchzeit fast ganz in körperlicher Ruhe blieben. Eine eiweissarme Nahrung ist immer nur der Ausdruck einer Nothlage. V. Lehmann (Berlin).

152. **Ueber die Ausnützung der Eiweissstoffe in der Nahrung in ihrer Abhängigkeit von der Zusammensetzung der Nahrungsmittel**; von Ernst Krauss. (Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 2. p. 167. 1893.)

Wenn man die Ausnutzung eines eiweisshaltigen Nahrungsmittels erfahren will, bestimmt man den Stickstoffverlust durch den Koth und die Stickstoffausscheidung im Harn. Dies ist deshalb nicht richtig, weil man fälschlich hierbei die stillschweigende Annahme macht, dass die Harnstoffmenge einen Schluss auf die im Darme resorbirten Eiweissstoffe gestatte. Es werden vom Darme aber auch die Fäulnissprodukte, Amidosäuren und aromatische Körper resorbirt. Je stärker also die Darmfäulniss ist, desto weniger darf man aus der Harnstoffmenge auf die Eiweissausnutzung schliessen.

Die Fäulniss kann, wie schon Hirschler gezeigt hat, durch Zugabe von Kohlehydraten verringert werden. Dasselbe beweist K. durch mehrere Versuche am Hunde.

Man muss also bei grossen Eiweissgaben auch grosse Kohlehydratmengen geben, darf dagegen die Eiweissmenge nicht einseitig steigern, weil dadurch die Fäulniss im Darm wieder gesteigert und so die Ausnutzung schlechter wird.

Auch zeigt K., dass dementsprechend reines Aleuronat (von Ebstein empfohlen) schlechter ausgenutzt wird als Aleuronatbrod.

V. Lehmann (Berlin).

153. **Welche Mittel stehen uns zur Hebung der Ernährung zu Gebote?** von Prof. N. Zuntz. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 20. 1893.)

Um einer mangelhaften Ernährung vorzubeugen, ist es nicht nur nothwendig, dem Körper die genügende Nahrungsmenge zuzuführen, sondern auch für eine zweckmässige Mischung der Nahrung zu sorgen. Ferner muss aber, namentlich in der frühen Jugend, vor der Ueberernährung gewarnt werden. Die Erfahrungen der Thierzüchter beweisen, dass man durch intensive Ernährung mit eiweissreicher Kost bis zur Pubertät eine schnelle Entwickelung des Organismus mit frühzeitigem Eintritt der Geschlechtsthätigkeit, „Frühreife", erzielen kann. Dieser Zustand ist beim Menschen nicht erwünscht. Z. warnt vor übermässiger Zufuhr von Eiweiss, vor regelmässigem Alkoholgenuss, vor der Verabreichung von Gewürzen, namentlich von Vanille, im Kindesalter. Um bei mangelhafter Ernährung mit Erfolg einzugreifen, kommt es vor Allem darauf an, eine zweckmässige Auswahl unter den gegebenen Nährstoffen zu treffen. Ist die Nahrungsaufnahme längere Zeit eine geringere gewesen, so nimmt die Menge der Verdauungsekrete ab. Zu dieser Zeit kann die Darreichung von Pepton sehr zweckmässig sein. Auch die Verabreichung grosser Zuckermengen wirkt anregend auf die Sekretion der Verdauungsäfte (Henry Hirschberg, v. Werther). Die Fette stellen das concentrirteste Nährmittel vor. Z. empfiehlt angelegentlich ihre Verabreichung in Form der Mering'schen Kraftchocolade, in der die Cacaobutter durch Zusatz von Oelsäure leicht emulgirbar gemacht ist und vorzüglich ausgenützt wird. Wichtig ist für die Regulirung der Ernährung die Schmackhaftigkeit der Speisen. Z. macht auf die von Shore untersuchten Blätter von Gymnema sylvestris aufmerksam, die die Geschmacksempfindung für süss und bitter auslöschen. Ein Infus dieser Blätter ist geeignet,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

gewisse, unangenehme subjektive Geschmacksempfindungen vieler Patienten mit darniederliegender Verdauung zu beseitigen. Brückner (Dresden).

154. **Ueber die Kost in Krankenhäusern mit besonderer Berücksichtigung der Münchener Verhältnisse**; von Dr. W. Prausnitz. Aus d. physiol. Institut zu München. (Vjhrschr. f. öffentl. Gesh pfl. XXV. 3. p. 563. 1893.)

Diese Arbeit und die ihr zu Grunde liegenden umfangreichen Untersuchungen wurden dadurch hervorgerufen, dass man in maassgebenden Kreisen die Kost im städtischen Krankenhause München links der Isar als qualitativ und quantitativ verbesserungsbedürftig bezeichnete. Es wurden daher zum Vergleiche die Kostordnungen der städtischen Krankenhäuser von Augsburg, Berlin, Breslau, Erlangen, Hamburg, Leipzig, München, Nürnberg, Würzburg, der bayerischen Garnisonlazarethe, der oberbayerischen Kreisirrenanstalt München und des Krankenhauses der Friedr. Krupp'schen Gussstahlfabrik in Essen herangezogen. Sie sind der Arbeit, die hierdurch eine hervorragende praktische Bedeutung erhält, ausführlich als besondere Anlagen einverleibt.

In der *Einleitung* bespricht Pr. die allgemeinen in Betracht kommenden Gesichtspunkte: Während Voit für den 70 kg schweren oberbayerischen Arbeiter zur Zeit der Ruhe 137 g Eiweiss, 72 g Fett und 352 g Kohlehydrate, für den *nicht* arbeitenden *Gefangenen* in minimo 85 g Eiweiss, 30 g Fett und 300 g Kohlehydrate täglich fordert, bezeichnet Pr. für ein Münchener Krankenhaus im Mittel als erforderlich: für männliche Kranke 110 g Eiweiss, 50 g Fett und 350—400 g Kohlehydrate, für weibliche 100 g Eiweiss, 50 g Fett und 300 bis 350 g Kohlehydrate. Dabei sind verschiedene Diätarten erforderlich.

Bei einer ziffernmässigen Vergleichung der Fleisch- und Brotmengen der vorbezeichneten Krankenhäuser findet Pr., dass in München zu wenig *Brot* (134 g Semmel, bez. 180—250 g Hausbrot) verabreicht wird, und dass hieraus vielfache Klagen über unzureichende Kost entstammen. Am meisten wird in der Pumpernickel verzehrenden Stadt Essen (750 g, event. 950 g Graubrot) gereicht.

Bei Besprechung des *Fleischverbrauches* wird betont, dass bei der Zubereitung des Fleisches bei Schweinefleisch 40%, bei den übrigen Schlachtthieren 50% des Rohgewichtes verloren gingen. Bezüglich der Knochenbeigaben seien besondere contraktliche Vereinbarungen mit den Schlächtern erforderlich. Wurstwaaren sind zur Verpflegung zuzulassen, überhaupt sind hierbei die örtlichen Verhältnisse möglichst zu berücksichtigen.

Nach weiteren speciellen Erörterungen und unter Betonung des Grundsatzes *„je besser die Ernährung, desto rascher die Genesung des Kranken"*, empfiehlt Pr. folgende mittlere *Kost für das Münchener Krankenhaus:*

	Eiweiss	Fett	Kohlehydrate
250 g gekochtes Fleisch und 325 g Brot in 2 Mahlzeiten	90.2 g	24.4 g	169.0 g
2mal Kaffee und 100 g Milch	6.0	7.0	8.0
2mal 15 g Zucker	—	—	30.0
1 Liter Bier	2.2	—	65.0
Insgesammt	98.4 g	31.4 g	274.0 g

Hierbei ist dem üblichen starken Biergenuss in München (pro Tag und Kopf 2 Liter) Rechnung getragen.

Im Weiteren wird die Kost für die einzelnen Krankengruppen: 1) Patienten mit gesunder Verdauung, 2) Kranke und Reconvalescenten mit geschwächter Verdauung und 3) Kranke, deren Allgemeinzustand oder deren Lokalerkrankung eine für Jeden gesondert zu bestimmende Nahrung erfordert, näher erörtert, auch werden die zweckmässigsten Zubereitungsweisen, Zusammenstellungen und einige Speisezettel gegeben. Die Kostenberechnung ergiebt als Mittelwerth 92.3 Pfennig.

Um Qualität und Quantität der Nahrung in *zuverlässiger* Weise *dauernd* zu beaufsichtigen, hält Pr. es für angezeigt, dass in den öffentlichen Krankenhäusern die Assistenten dieselben Speisen (eventuell nur mehr Gänge) erhalten wie die Kranken. Zur Prüfung der *Quantität* sind gelegentlich die soeben dem Kranken gereichten Speisen vom unerwartet erscheinenden Assistenten zu entnehmen, zu prüfen und möglichst von Zeit zu Zeit chemisch zu analysiren. R. Wehmer (Berlin).

155. **Erdnussgrütze, ein neues eiweissreiches und billiges Nahrungsmittel**; von P. Fürbringer. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 9. 1893.)

Aus der Arachis hypogaea, der „Pea-nut" oder Katjangnuss oder Erdnuss, wird seit einiger Zeit ein zum Theil entöltes Präparat, die Erdnussgrütze, dargestellt, welches die proteinreichsten Leguminosen noch an Eiweissgehalt übertrifft. Sie enthält 47% Eiweiss. Ihr Preis ist sehr billig.

F. hat im Krankenhause Versuche mit Bouillon gemacht, in der diese Grütze fein zerkocht war. Der Geschmack sagte den Meisten zu.

Die Ausnutzung in dieser Form war eine gute. Das Präparat wird zur Krankenernährung empfohlen. V. Lehmann (Berlin).

156. **Il valore nutritivo dell'asparagina**; pel Prof. A. Baldi. (Rif. med. IX. 52. 1893.)

B. fütterte Tauben mit einer Nahrung, die er derart zusammengesetzt hatte, dass das Eiweiss durch Asparagin ersetzt war. Eine damit ausschliesslich ernährte Taube blieb 27 Tage am Leben und hatte, als sie zu Grunde ging, nur 22% ihres Körpergewichtes verloren. Bei einfacher Inanition sterben dagegen Tauben schon nach 12, höchstens 14 Tagen, nachdem sie ungefähr 50% ihres Körpergewichtes verloren haben. B. hält es für wahrscheinlich, dass das Asparagin zu einem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

kleineren Theil die gleiche Rolle in dem thierischen Organismus gespielt habe, die es auch im pflanzlichen spielt, nämlich unter Mitwirkung der Kohlehydrate zum Aufbau des Eiweisses zu dienen.

H. Dreser (Bonn).

157. **Des intoxications alimentaires d'origine carnée porcine** (*Symptomatologie*); par Juhel-Rénoy. (Ann. d'Hyg. publ. XXX. 2. p. 113. 1893.)

J.-R. betont die Schwierigkeit der Diagnose in manchen schweren Fällen von Ptomainvergiftung nach Genuss von in Zersetzung begriffenem Fleische. Seiner Ansicht, dass besonders nach Genuss zersetzten Schweinefleisches derartige Vergiftungen (Botulismus) auftreten, dürfte in dieser Allgemeinheit kaum beizutreten sein. J.-R. berichtet über 4 Fälle, in denen wegen der Erscheinungen zweimal anfänglich Typhus, einmal Pocken und Meningitis angenommen wurden.

Im Weiteren werden im Anschluss hieran besprochen: der oft roseola-, oft scharlachähnliche Ausschlag, der bisweilen eine leicht violette Färbung hat, die sonstigen Erscheinungen und auch die Nesselausschläge, welche sich bei manchen Personen nach Genuss von Krusten- und Weichthieren, Himbeeren oder Erdbeeren finden. J.-R. nimmt an, dass die sogen. „Idiosynkrasie" entsprechender Personen auf Störungen ihrer besonders schwächlichen Verdauungsorgane zurückzuführen sei.

Therapeutisch werden Brechmittel, ferner Calomel oder Glaubersalz, eventuell die innere Darreichung von fäulnisswidrigen Mitteln, warme Bäder und reichliches Milchtrinken empfohlen.

Als Fundamentalsymptome der Fleischvergiftung bezeichnet J.-R. schliesslich nach ihrer Häufigkeit geordnet: 1) fötide Diarrhöe, Uebelkeit, Erbrechen mit Gefühlen, als zerrisse innen etwas, die sofort bis mehrere Stunden nach Aufnahme des gefährlichen Fleisches eintreten. 2) Innerhalb der nächsten 48 Stunden Exantheme, für die J.-R. den Namen „dermatoses alimentaires" vorschlägt. Sie sind bald polymorphe, bald nessel-, bald scharlach- oder roseolaartig. Dabei ist oft Fieber vorhanden. 3) In schweren Fällen typhusartige Erscheinungen, Benommenheit, Delirien, Blutungen, Fieberzustand. 4) In besonders schlimmen Fällen Entzündungen der serösen Häute und der Gelenke, vielleicht auch Entzündungen der Meningen.

R. Wehmer (Berlin).

158. **Ueber die im Hühnerei vorkommenden Bakterienarten nebst Vorschlägen zu rationellen Verfahren der Eiconservirung**; von Dr. Zörkendörfer. Aus d. hyg. Institut zu Berlin. (Arch. f. Hyg. XVI. 4. p. 369. 1893.)

Nach Schrank's Vorgang beschäftigte sich Z. mit der bakteriologischen Verunreinigung der Eier, den Wegen der Infektion, den Eigenschaften der Eibakterien und den etwaigen Mitteln zur Verhütung des Bakterienwachsthums im Ei. Z. wählte 80 Stück verdorbene Eier aus. Davon waren verschimmelt 5 (davon 2 ohne Bakterien), faul nach Art I 38 (Schwefelwasserstoffbildung), faul nach Art II 20 (kein H_2S; Geruch nach menschlichen Faeces), atypisch verdorben 17.

Zimmermann hatte geglaubt, dass die Eier schon während des Durchganges durch die Cloake der Henne inficirt würden, dagegen bewiesen Schrank und jetzt Z., dass die Bakterien von aussen die fertige Eischale durchwachsen. Z. erhärtet dies durch eine Reihe von Versuchen, am lehrreichsten ist wohl folgender: Ausgeblasene Eischalen werden mit Nährgelatine gefüllt, sterilisirt und auf faulende Eimasse gelegt. Nach einigen Tagen löst man die Schale vorsichtig ab und sieht dann an der Seite, die auf den faulenden Eiresten gelegen hatte, eine Anzahl von einander getrennter Bakteriencolonien.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fand Z. 16 bisher nicht beschriebene Bakterien. Er theilt sie ein: 1) in solche, die H_2S bilden, 2) in solche, die einen grünen, blaufluorescirenden Farbstoff, aber keinen H_2S erzeugen. Alle stimmten (mit Ausnahme eines grösseren, sporenbildenden, dem Kartoffelbacillus ähnlichen) in Grösse, Gestalt und Beweglichkeit sehr überein, nur die Zahl und die Anordnung der Geisseln waren verschieden. Vor Allem aber waren sie sämmtlich strenge Aëroben.

Trocken im Spind aufbewahrt, halten sich die Eier ohne Präparation am besten. Durch Feuchtigkeit und Wärme verderben sie überraschend schnell (in 2—3 Tagen).

Zur Conservirung der Eier kämen nach Z. in Betracht: Erwärmung auf 50° (1—2 Tage hindurch) oder luftdichter Abschluss durch Einlegen in Kalk (doch nehmen solche Eier dann stets einen unangenehmen Geschmack an), oder durch Lackiren oder Firnissen. Z. impfte eine Anzahl Eier mit eiverderbenden Bakterien. Einen Theil überzog er mit Lack oder Firniss. Sie blieben länger als 2 Mon. nach Aussehen, Geruch, Geschmack u. s. w.) gut, während die unlackirten sämmtlich in 3 bis 7 Tagen schlecht wurden.

Z. berechnet, dass im Kleinhandel immer circa 20% der feilgebotenen Eier schlecht seien. Er empfiehlt deshalb mit Recht eine genauere Handhabung der Marktpolizei gegen Eiverderbniss.

Nowack (Dresden).

159. **1) Untersuchungen über die Giftigkeit der Exspirationsluft**; von Julius Beu. Aus d. hyg. Institut zu Rostock. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XIV. 1. p. 64. 1893.)

2) Untersuchungen über die Giftigkeit der Exspirationsluft; von Dr. Rauer. Aus d. hyg. Inst. zu Breslau. (Ebenda XV. 1. p. 57. 1893.)

1) Seit Ransome (1870) haben sich zahlreiche Forscher, wie Uffelmann, Dastre und

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Loy, Lehmann und Jessen, Merkel u. A. mit der Frage nach der Giftigkeit der Ausathmungsluft beschäftigt. Alle kamen zu negativen Ergebnissen mit Ausnahme von Brown-Séquard und d'Arsonval. Deren entgegengesetzte Angaben verlieren deshalb immer mehr an Gewicht, zumal sie durchaus nicht einwandfrei sind.

Wie üblich, verbanden auch B. u. R. eine Reihe geschlossener Glaskäfige, deren jeder eine Maus enthielt, so miteinander, dass jedes Thier die Luft athmete, die schon die vorangehenden Käfige durchströmt hatte, so dass also nur das erste Thier die unverdorbene Aussenluft erhielt. Durch eine Wasserstrahlpumpe wurde ein continuirlicher Luftstrom durch die Gläser gezogen. Das letzte Thier, das die am meisten veränderte Luft athmete, starb zuerst, hierauf das vorletzte u. s. w. Während aber Merkel bis zur Beendigung der Versuche nur $8^1/_2$—36 Std. bedurfte, brauchte B. volle 9 Tage. Auch die mannigfaltigsten Abänderungen des Versuches ergaben immer das Gleiche. B. hält deshalb eine akute Vergiftung durch die Ausathmungsluft für unmöglich. Die aus Tausenden von Litern gewonnene organische Substanz hatte überdies selbst auf kleinere Thiere keine giftige Wirkung. B. ist deshalb der Meinung, dass andere schädigende Einflüsse, z. B. Temperatur- und Feuchtigkeitsverhältnisse, vielleicht auch die Ausdünstung von Körperoberfläche, Exkrementen u. s. w. für die ungünstigen Wirkungen verantwortlich zu machen seien.

2) R. vervollständigte B.'s Resultate, indem er nachwies, dass in der Ausathmungsluft kein organisches Gift vorhanden sei. Die von Merkel und Beu u. s. w. durch Condensation aus menschlicher Exspirationsluft gewonnenen sehr geringen Mengen organischer Substanz sind nicht durch die Athmung ausgeschieden, sondern schon vorher der Luft beigemengt gewesen. Die Erkrankung und der schliessliche Tod der Versuchsthiere sind mithin ausschliesslich auf die Wirkung der Kohlensäure-Anhäufung zurückzuführen. Dem entspricht auch in allen Stücken das Krankheitsbild, unter dem die Thiere zu Grunde gehen (zuerst Unruhe, jagende Athmung, dann verlängerte Pausen, stossweise Ausathmung u. s. w.). Nowack (Dresden).

160. **Ueber die Schädelverletzungen, im Besonderen die Impressionen bei Beckenendgeburten**; von Dr. Rosinski. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVI. 2. p. 255. 1893.)

Nach Besprechung der Literatur theilt R. 4 eigene Beobachtungen aus der Königsberger Frauenklinik ausführlich mit und reiht hieran die tabellarische Zusammenstellung von 39 Beobachtungen anderer Aerzte. Es scheint erwiesen, dass Impressionen mit ihren Begleiterscheinungen auch bei Beckenendlagen derart vorkommen, dass sie Gegenstand gerichtsärztlicher Beurtheilung werden können, d. h. solche Entbindungen, die eine Impression im Gefolge haben, können auch bei Beckenendlagen vollkommen spontan und in kurzer Zeit zu Ende gehen. Dazu kommen dann noch jene Geburten, in denen Selbsthülfe oder Beistand von zweiten Personen geleistet und die Niederkunft dann aus irgend einem Grunde verheimlicht wurde.

Handelt es sich angeblich um eine inter partum entstandene Einbiegung, so ist zunächst die Ursache, d. h. das Missverhältniss zwischen Kindesschädel und mütterlichem Becken, in Betracht zu ziehen. Niemals aber wird man a priori die Möglichkeit der Entstehung der Impression inter partum zurückweisen dürfen, wenn man ein Missverhältniss der genannten Faktoren nicht hat finden können.

Der Sitz der Verletzung, sowie die Gestalt der Impression im Allgemeinen sind nach R. gewöhnlich nicht von besonderer Bedeutung. „Nur dann, wenn die Begrenzung sehr unregelmässig wäre, könnte man von vornherein zu der Ansicht hinneigen, dass es sich um den Effekt äusserer Gewaltthätigkeit handelt." Sehr wichtig sind dagegen die einzelnen Begleiterscheinungen im Besonderen. „Haben wir schroffe, unregelmässige Grenzen mit mehrfachen Brüchen, die sich vielleicht noch auf einen und den anderen benachbarten Knochen erstrecken, und herrschen letztere vor den Fissuren vor, finden sich grosse Weichtheilverletzungen, mit anderen Worten, ist die Impression von relativ grosser Ex- und Intensität, so wird man eher an einen mörderischen Angriff, als an ein Entstehen durch die Geburt denken. Man vergesse jedoch nicht, dass auch bei inter partum erfolgten Impressionen ganz gewaltige Verletzungen vorkommen können." Besonders wichtig für die Beurtheilung sind die Verschiebungen und Unterschiebungen der einzelnen Knochen, welche bei den durch äussere Gewalt hervorgerufenen Einbiegungen so selten vorkommen, so wenig sie bei den durch den Geburtsakt entstandenen fehlen werden [ein Punkt, auf welchen erst kürzlich P. Dittrich in einer von R. nicht erwähnten Arbeit (Jahrbb. CCXXXIX. p. 156) aufmerksam gemacht hat. Ref.].

R. kommt zu dem Schluss, dass es kein einziges Merkmal giebt, welches in allen Fällen für sich allein ein sicheres Urtheil darüber erlaubt, ob eine Impression inter partum oder durch äussere Gewalt entstanden ist. „Man möge daher bei der Beurtheilung solcher Fälle die grösste Vorsicht anwenden und sich besonders nicht an sehr strikte gestellte Behauptungen von Autoritäten zu fest anklammern, sondern jeden einzelnen Fall für sich betrachten und unter Benutzung aller, auch der scheinbar geringfügigsten Nebenumstände Klarheit in die Verhältnisse zu bringen suchen."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

161. **Der Arzt in der Schule**; von W. Feilchenfeld. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 76. 1893.)

F., der als Augenarzt in Charlottenburg bei Berlin thätig ist, giebt eine gewiss Vielen sehr

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

erwünschte fleissige Zusammenstellung über den Stand der Schularztfrage in den wichtigsten Culturländern. Wenn die Darstellung im Einzelnen gelegentlich Ungenauigkeiten enthält, so ist dies bei einem derart vielseitigen Gebiete unvermeidlich. So ist z. B. auf die Aprosexie in Folge von Nasenleiden bereits vor Bresgen und Kafemann durch Prof. Guye in Amsterdam bei der Berliner Naturforscher-Versammlung aufmerksam gemacht worden. Bei Beschreibung der englischen Verhältnisse ist der Schoolboards und insbesondere des seit November 1889 mit 500 Pfund Sterling Jahresgehalt angestellten *ärztlichen* Schulrathes nicht genügend gedacht. Aus *Preussen* hätte erwähnt werden sollen, dass nach der *Prüfungsordnung vom 22. Mai 1890* von den Turnlehrern in der Prüfung anatomische und physiologische Kenntnisse, ferner Vertrautsein mit den beim Turnen zu beobachtenden Gesundheitsregeln und den ersten Hülfeleistungen bei Unglücksfällen gefordert werden. Auch steht es mit dem *Preussischen Ministerialerlasse vom 25. Februar 1888* und den bekannten wichtigen Berathungen der wissenschaftlichen Deputation f. d. Med.-Wesen vom 24. bis 26. October 1888 nicht recht im Einklange, wenn behauptet wird (S. 16): „Preussen stand bisher der Einführung dieser schulärztlichen Aufsicht meist recht feindlich gegenüber." Gut Ding will eben Weile haben!

Endlich hätten auch die wegen ihres sehr reichlichen Materiales werthvolle Arbeit vom Pariser Schularzte Dr. Mangenot, „l'inspection médicale et hygiénique des écoles à l'étranger" (Revue d'Hyg. publ. VIII. 12) und der eine Fülle von ausführlichen Mittheilungen enthaltende grosse „Traité d'hygiène publique" von Prof. Palmberg in Helsingfors berücksichtigt werden können.

Die Schlusssätze F.'s enthalten *„für unsere Verhältnisse"* die auch anderwärts mit Recht erhobenen Anforderungen: „1) Einsetzung von Revisions-Commissionen bestehend aus Architekten, Aerzten und dem Leiter der in Frage kommenden Schule. [Vgl. den kürzlich gefassten Beschluss der Hygieinesektion des Berliner Lehrervereines. Ref.] 2) Nachweis einiger Kenntnisse in schulhygieinischen Fragen für alle Diejenigen, welche ein Lehramt bekleiden wollen. 2) Einführung regelmässiger Vorlesungen über Schulhygieine für Mediciner und Philologen an allen Universitäten und Seminarien. 4) Anstellung von Schulärzten, welche die Schulen zuweilen zu revidiren haben und genaue Fragebogen ausgefüllt an die vorgesetzte Behörde mit eingehendem Berichte halbjährlich einsenden sollen. 5) Im Ministerium des Innern, Abtheilung für Unterrichtsangelegenheiten, muss für die schulhygieinischen Fragen ein Reichs- und Ministerialschularzt ernannt werden. 6) In jeder Schulbehörde ... muss ... ein Arzt, event. der Schularzt, Sitz und Stimme haben."

Hierbei sei zu Satz 5 bemerkt, dass für *Deutschland* bekanntlich das Schulwesen nicht *Reichs-*, sondern *Landes*angelegenheit ist. In *Preussen* untersteht das Unterrichtswesen demselben Fachminister wie die Medicinalangelegenheiten, und hier wirkt ein ärztlicher Referent der Medicinalabtheilung, event. die wissenschaftliche Deputation f. d. Med.-Wesen bei schulhygieinischen Fragen in gleicher Weise mit, wie der Reg.- und Med.-Rath bei den Schulabtheilungen der königl. Regierungen.

R. Wehmer (Berlin).

162. **Sanitäre Unternehmungen in Aegypten**; von Baurath Dr. J. Hobrecht in Berlin. (Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXV. 3. p. 397. 1893.)

Zur Beseitigung der sanitären Missstände Kairos mit 375000 Einwohnern und 46.1‰ Sterblichkeit ist eine ordnungsmässige Kanalisirung und Wasserversorgung in Aussicht genommen. Die Nothwendigkeit derartiger Einrichtungen wurde dem Ministerium der öffentlichen Arbeiten in Cairo von einer internationalen Commission, der ausser dem Verfasser, als Vertreter Deutschlands, die Ingenieure *Law* (für England) und *Guérard* (für Frankreich) angehörten, empfohlen. Letztere hatte die auf ministerielle Aufforderung vom 2. Januar 1892 eingegangenen Projekte zum Zwecke „de procéder à l'assainissement de la ville de Caïre" zu prüfen. Der auf Grund der Projekte und eigener örtlicher Forschungen von der Commission erstattete Bericht ist gekürzt im Original niedergelegt.

Er beschreibt die für Anlage der beabsichtigten Neuerungen durchaus geeigneten Untergrundverhältnisse und hebt besonders die für Beseitigung der Fäkalien völlig ungenügenden Einrichtungen, selbst in besseren Häusern, ja in Palästen der eingeborenen Bevölkerung hervor. Von den bei 375000 Einwohnern täglich à 1.25 Liter, jährlich im Ganzen 171000 cbm gelieferten Auswurfstoffen würden nur 25—30000 cbm durch Abfuhr entfernt. Der Rest von 141000 cbm versickere in den meist absichtlich ohne feste Sohle hergestellten Senkgruben und verunreinige so die *Brunnen*, die zum grössten Theile, neben einer kleinen trefflichen Wasserleitung aus dem Nile, den Wasserbedarf decken. Die Aborteinrichtungen sind höchst dürftig: In dem Arbeiterviertel Fagallah mit seinen elenden „Echechen" (4 × 5 × 3 m grossen strohgedeckten Hütten) sind für je 44 Hütten zwei öffentliche Aborte primitivster Art vorhanden, in Häusern des Mittelstandes liegen sie meist in einem dunkeln Winkel am Mittelhofe, unfern dem Brunnen, in einem alten prächtigen Palaste unmittelbar hinter einem Prunksaale und nur durch diesen zugängig. In den z. Th. täglich von vielen Tausenden benutzten Aborten der Moscheen, wie in den öffentlichen Abtritten bestehen ähnliche Zustände. Stets die bodenlose, jährlich vielleicht nur einmal geräumte Grube, die sich oft unterhalb der bewohnten Hausräume hinzieht.

Auch die Beschaffenheit der *Strassenoberfläche*

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

lässt, zumal in den Arbeitervierteln, wo jede Pflasterung, Chaussirung und fast alle Reinigung mangelt, zu wünschen übrig. Von den zusammen 353242 m langen Strassen der ganzen Stadt (Kairo, Alt-Kairo und Boulaq) mit 2246300 qm Gesammtoberfläche sind nur 27000 qm gepflastert und 1114500 qm chaussirt.

Die *Abwässer* gelangten und gelangen z. Th. durch, freilich meist verfallene Kanäle in den *„Khalig"*, einen südlich von Kairo in den Nil mündenden, aber gewöhnlich nur bei Hochwasser Wasser führenden Kanal.

Die Commission hat trotz der vielen im Islam und der Indolenz der ungebildeten Classen wurzelnden Vorurtheile mit Erfolg die Einführung einer allgemeinen *Schwemmkanalisation* mit dem Principe des „Tout à l'égout" vorgeschlagen; sie soll in 4 Sammelgebiete zerfallen und in üblicher Weise angelegt werden. Auch der aus religiösen Gründen zu erhaltende „Khalig" soll benutzt werden, indem ein Sammler unter dessen Sohle gelegt wird. Der Kanalinhalt soll in gleicher Weise wie in Danzig, Berlin u. dgl. nach *Rieselfeldern* (von 1500 ha) mit einer Maschinenkraft von 550 Pferdekräften gepumpt werden. Hierzu sind die nordöstlich 7 km von der Stadt liegenden, ausgebreiteten, z. Z. fast werthlosen Wüstenflächen am „Polygonum" bei Abassich bestimmt. Daneben soll die bestehende *Wasserleitung aus dem Nil* entsprechend erweitert und verbessert werden. Die *Gesammtkosten* der Anlage sind auf $12^1/_2$ Millionen Francs veranschlagt und bewilligt, so dass bereits Specialprojekte ausgearbeitet werden.

Ausserdem schlug die Commission Folgendes vor: „1) Die öffentlichen Bedürfnissanstalten sollten, namentlich so lange die Wohnungsverhältnisse nicht umgestaltet sind, thunlichst vermehrt werden. 2) Die Einrichtungen für Bäder und Waschungen in den Moscheen sollten, so wie es in der Moschee Saidna-el-Hussein bereits geschieht [Bassin mit zahlreichen Hähnen. Ref.], verbessert werden. 3) Die Sebiles (Saugröhren für Trinkwasser an den öffentlichen Trinkbrunnen der Wasserleitung) sollten abgeändert und verbessert werden. 4) Die Strassen in dem Stadtgebiete der Araber sollten wieder auf ihre normale Höhe abgegraben werden; sie sollten gepflastert oder chaussirt werden, damit die Kanalisation ausgeführt werden könne. 5) In diesen Quartieren sollten auch einige grosse Strassendurchbrüche zur besseren Cirkulation und Lufterneuerung gemacht werden."

R. Wehmer (Berlin).

Berichte der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig.

Sitzung am 7. November 1893.

Vorsitzender: *B. Schmidt.* Schriftführer: *P. Wagner.*

Herr Sänger sprach: *Ueber Graviditas ectopica.*

„In ihrer Häufigkeit bisher sehr unterschätzt, gehört die Schwangerschaft ausserhalb der normalen Gebärmutterhöhle, der *Robert Barnes* die richtigere Bezeichnung der ektopischen Schwangerschaft gegeben hat, zu den Krankheiten, die auch in das Bereich der inneren Medicin hinübergreifen und in ihrer Erscheinungsform auch dem praktischen Arzte geläufig sein müssen.

Der Vortragende gab auf Grund von Zeichnungen und Präparaten ein gedrängtes Bild der heutigen Lehre von der ektopischen Schwangerschaft und verweilte namentlich bei ihrer wichtigsten Art, der Eileiter-Schwangerschaft in den ersten Monaten mit ihren verschiedenen Ausgängen in Ruptura tubae und Abortus tubarius nebst ihren bedrohlichen Begleiterscheinungen und Folgen, deren die operative Behandlung bereits so weit Herr geworden ist, dass sie nicht nur in Fällen höchster Lebensgefahr und dringendster Indikation zur Anwendung kommt, sondern auch in solchen, wo bisher abwartend vorgegangen wurde.

Es ist fast nur die *Coeliotomie* hier in Betracht zu ziehen (für die ersten Monate der Schwangerschaft mit Abtragung der geborstenen oder abortirenden Tube nebst Wegräumung der ergossenen Blutmassen aus der Bauchhöhle; für die zweite Hälfte der Schwangerschaft mit vollständiger Entfernung des Eies, unter Umständen auch des Fruchthalters), während die blose Eröffnung intra- oder extraperitonäaler Blutergüsse von der Scheide her, die Elytrotomie, nur noch ausnahmeweise geübt wird.

Der Vortragende verfügt über 27 Fälle von Coeliotomie bei ektopischer Schwangerschaft mit 3 Todesfällen: die eine der Verstorbenen kam mit septischer Peritonitis und sehr starker Anämie, die zweite mit allgemeiner Pyämie zur Operation, die dritte erlag dem Eingriffe nach 30 Std. an Anämie und Shock; es war ein Fall von Graviditas tuboabdominalis im 5. Monate mit Sitz der Placenta an der Rückwand des Uterus und im Douglas'schen Raume. Die Fälle vertheilen sich auf folgende Formen:

I. *Schwangerschaft der ersten Monate:*

1) *Abortus tubarius* und *Mola tubaria:* 10 Fälle.

2) *Ruptura tubae gravidae intraperitonaealis:* 4 F., 1 Todesfall (Peritonitis septica ante operationem, nach 2maliger Berstung der Tube und intraperitonäaler Blutung).

3) *Ruptura tubae gravidae intraligamentosa:* 6 Fälle (2mal mit Vereiterung des Fruchtsackes).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

4) *Graviditas tubo-abdominalis:* 2 Fälle, 1 Todesfall (der oben als 3. erwähnte).

5) *Graviditas utero-interstitialis:* 1 Fall (zugleich ektopische Drillingschwangerschaft; das epi-uterine Ei war ein Doppelei, ein drittes Ovum fand sich in der gleichseitigen Tube).

Zwei der Operationen bei Abortus tubarius betrafen die gleiche Person; 1889 wurde die linke, 1893 die rechte schwangere Tube entfernt.

II. *Schwangerschaft der späteren Monate:*

1) *Graviditas tubo-ampullaris:* 1 Fall (Frucht fast ausgetragen, abgestorben, theilweise Berstung des Fruchthalters und frische Peritonitis).

2) *Graviditas tubo-intraligamentosa:* 1 Fall (Frucht etwa bis zur 32. Woche gediehen, abgestorben. Die Frau kam hochfiebernd zur Operation und starb nach 36 Stunden. Die Autopsie ergab: allgemeine Pyämie von eitriger Metro-Endometritis aus, die, wie sich nachweisen liess, durch unreine Sondirung entstanden war).

3) *Graviditas ovarico-abdominalis* (die Frucht vom 7. Monat lag als Lithokelyphopädion in der Bauchhöhle. Als Sitz der einen geschlossenen Sack bildenden Placenta wurde das linke Ovarium sicher bestimmt).

4) *Graviditas cornu rudimentarii uteri bicornis:* 1 Fall (Abtragung des schwangeren Nebenhorns 9 Wochen nach dem Absterben der etwa 7monatigen Frucht. Die Frau gebar aus ihrer entwickelten Uterushälfte später noch 4 Kinder)." —

Herr Justus Thiersch stellte einen Kranken mit *Mykose der Haut* vor.

„Der 28jähr. Posthülfsbote L. war im Frühjahr 1893 viel mit Schnüren von Packeten beschäftigt gewesen. *Mitte Mai* Verletzung der Beugeseite des 3. und 4. Fingers der rechten Hand mit scharfem Bindfaden. Von diesen Stellen aus Entwickelung eines Ausschlags, der im Laufe der nächsten Monate *beide* Hände befiel und zum Theil nach Art des Herpes tonsurans von isolirten punktförmigen Herden ausging, die sich ausbreiteten und in einander übergingen. Mitte *August* Höhe der Erkrankung: Alle Finger konnten nicht gebeugt werden, waren stark geschwollen, dunkelroth, auf Druck *nicht* schmerzhaft; die Fingernägel hatten bis auf den Nagelfalz ihren Glanz verloren, waren rissig, an ihren Enden stark gewuchert und unregelmässig ausgebogen, bluteten leicht. Die Hände waren von der gleichen Beschaffenheit wie die Finger. Die Absonderung der entzündeten Fläche war so stark, dass letztere sich schon nach wenigen Stunden mit einer dicken Borke bedeckte. Abgrenzung des Ausschlags in der Nähe der Handgelenke mit scharfem strahligen Rande, beiderseits fast symmetrisch.

Von Mitte August ab Beginn der Rückbildung, während die Affektion noch langsam nach den Handgelenken fortschritt. Die Haut zeigte zuerst an kleinen Stellen der Beugeseite wieder normale Beschaffenheit (Vorzeigen von zwei von Stabsarzt *Friedrich* im Anfange des September angefertigten Photographien beider Hände, die namentlich auch die deformirten Fingernägel deutlich erkennen lassen). Jetzt nahm allmählich auch die übrige Haut wieder ihre normale Beschaffenheit an, die Finger schwollen ab, auch die Nägel gesundeten, so dass der Patient, seit Mitte Juni dienstunfähig, voraussichtlich in einigen Wochen seinen Dienst wieder antreten kann.

Entstehung und Verlauf sprechen gegen ein gewöhnliches Ekzem. Vor Allem weist die Affektion der Nägel, die nicht auf Lues oder eine trophische Störung centralen Ursprungs zu beziehen ist, auf die von *Hebra* als *Herpes tonsurans squamosus* beschriebene Krankheit hin. Fälle von dieser Hartnäckigkeit sind selten. Nicht immer wurde von den Autoren die charakteristische Pilzform gefunden. Auch in diesem Falle gelang es nicht mit Sicherheit, in Schuppen und Haaren Mycelien oder Sporen nachzuweisen. An einem excidirten Hautstückchen, das von einer 4—5 Tage alten isolirten Eruption stammte, konnte mikroskopisch festgestellt werden, dass in der Haut selbst Pilzelemente *nicht* vorkamen. Vermuthlich ist das subcutane Bindegewebe, das in starker Desquamation begriffen war, als Ausgangspunkt der Entzündung und Entwickelungsort für die Pilzmassen zu betrachten.

Zum Verständniss des Falles trägt die Art der Infektion bei. Es ist möglich, dass eine Mischinfektion von Spalt- und Schimmelpilzen stattgefunden hat und dass die Spaltpilze den Schimmelpilzen den Weg in die Gewebe geöffnet haben. Solche Infektionen verlaufen, wie bekannt *(Ziegler)*, viel schwerer als die Formen, bei denen sich das Trichophyton lediglich auf der Oberfläche der Haut ansiedelt. Ferner mag erwähnt werden eine Arbeit von *Pick* und *Kral*[1]), die Reinculturen von Achorion Schönleinii, einem nahen Verwandten des Trichophyton, auf verschiedenen festen und flüssigen Nährböden züchteten; sie fanden, dass es ein ausgesprochenes *Tiefenwachsthum* besitze und nur spärliches Luftmycel treibe. Das Sauerstoffbedürfniss dieser Fadenpilze scheint demnach nicht so gross zu sein, wie gewöhnlich angenommen wird; jedenfalls sind sie im Stande, wie auch die Experimente von *Grawitz* beweisen, eine Zeit lang ihr Nährmaterial den Körpersäften zu entnehmen. Warum die Infektion in unserem Falle an einem bestimmten Punkte Halt gemacht hat (und zwar beiderseits symmetrisch), das bleibt räthselhaft.

Von den gewöhnlichen Mitteln, wie Sapo viridis, musste ihrer Schmerzhaftigkeit wegen sehr bald abgesehen werden. Auch eine Salbenbehandlung war nicht am Platze, da die fortwährend neu entstehenden Borken hierdurch nicht beseitigt werden konnten. Durch tägliche ausgiebige Bäder, feuchte Verbände mit schwach desinficirenden Flüssigkeiten (Sublimat, Bor-Salicyllösung) wurden die Beschwerden, die besonders in starker Spannung der entzündeten Haut bestanden, gemildert. Ob die Therapie von irgend welchem Einfluss auf den Verlauf war, sei dahingestellt. Es blieb der Eindruck, als ob aus Mangel an Nährmaterial die Pilze und mit ihnen die Entzündung verschwänden."

Im Anschluss an den Fall des Herrn Thiersch stellte Herrn *Benno Schmidt* einen Kranken vor, der sich beide Hände mit *Fluorwasserstoff* verbrannt hatte. Die Haut hatte dabei eine eigenthümlich violette Färbung angenommen.

[1]) Ergänzungshefte zum Archiv für Dermatologie u. Syphilis I. 1891: „Untersuchungen über den Favus".

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

B. Originalabhandlungen
und
Uebersichten.

I. Neuere Beobachtungen über die Tabes.[1])

(Neunter Bericht.)

Von P. J. Möbius.

Aetiologisches.

1) Adler stellte in der schles. Gesellsch. f. vaterländ. Cultur (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 26. p. 631. 1893) einen 20jähr. Tabeskranken vor, bei dem die Krankheit im 18. Jahre begonnen hatte. Die Ursache war anfänglich nicht zu entdecken. Später trat eine Keratitis interstitialis auf und man fand eine halbmondförmige Ausbuchtung der mittleren oberen Schneidezähne. Die Mutter des Kr. hatte mehrmals Fehlgeburten gehabt.

2) Burr, C. W., The frequency of locomotor ataxia in negroes. Journ. of nerv. and ment. Dis. XVII. 4. p. 278. April 1892.

(Tabes soll bei Negern selten sein. Vf. theilt die Angaben einer Anzahl von Aerzten aus verschiedenen Staaten mit, die zu demselben Schlusse kommen.)

3) Drummond, David, Address in medicine deliv. at the annual meeting of the Brit. Med. Ass. on Aug. 2. 1893. Lancet II. 6; Aug. 5. 1893.

4a) Erb, W., Syphilis u. Tabes. Berl. klin. Wochenschr. XXIX. 23. 1892.

(Zurückweisung der Behauptungen Leyden's.)

4b) Erb, W., Die Aetiologie der Tabes. *v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 53. 1892.

5) De Francesco, Gennaro, Contributo allo studio della etiologia e delle forme fruste di tabe dorsale. Gazz. degli Ospit. XIV. 70. 1893.

(6 Beobachtungen von beginnender Tabes nach verschiedenen Gelegenheitsursachen. Nichts Besonderes.)

6) Friedheim, Ueber den Zusammenhang der Syphilis mit den Erkrankungen des Nervensystems. (Verhandl. d. deutschen dermatolog. Gesellsch. 1891.) Erg.-Heft d. Arch. f. Dermatol. u. Syph. I. p. 257. 1892.

7) Friedrichsen, Friedr., Ueber Tabes dorsalis beim weiblichen Geschlecht. Diss. inaug. Berlin 1893. Gedr. bei W. Röwer.

8) Goldflam, S., Klinischer Beitrag zur Aetiologie der Tabes dorsalis. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. II. 2 u. 3. p. 247. 1892.

(1. Ehepaar mit Tabes; der Mann hatte die Frau inficirt; das Intervall betrug bei dieser 6 Jahre. 2. 4 Tabeskranke mit Herzfehler (1 Mitral-, 3 Aortenfehler, von denen 1 mit Angina pectoris, ausserdem 1mal Phthisis pulm. fibrosa). Vf. fasst Tabes und Herzfehler als coordinirte Wirkungen der Syphilis auf. 3. 2 Stammbäume. Im 2. Tabes bei Vater und Sohn. Beide hatten Syphilis gehabt. Der Sohn litt an Magenkrisen, bei denen ohne Schmerzen grosse Mengen theils geronnenen, theils frischen Blutes erbrochen wurden.)

9) Gowers, W. R., Syphilis u. Nervensystem. Deutsch von Dr. *E. Lehfeld*. Berlin 1893. S. Karger. p. 25 flg.

10) Isaac, Ueber den ätiologischen Zusammenhang zwischen Syphilis u. Tabes. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVII. 5. p. 232. 1893.

(Auf Grund von 25 Tabes-Fällen [!] und etwas anachronistischen Erörterungen erklärt sich I. gegen den Zusammenhang. Etwas Neues enthält der Vortrag nicht.)

11) Koch, Statistisches Ergebniss über den Zusammenhang der Syphilis u. Tabes. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVII. 5. p. 234. 1893.

(Kritiklose Zusammenstellung der verschiedenen Statistiken zur Unterstützung des Vortrages von *Isaac*.)

12) Lancereaux, E., Tabès et syphilis. Mercredi méd. 45. 1892.

13) Minor, L., Ein statist. Beitrag zur Syphilis-Tabes-Frage. Neurol. Centr.-Bl. XI. 13. 1892.

14) Möbius, P. J., Ueber Tabes bei Weibern. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. Sept. 1893.

15) Pauly, R., Observation de tabes syphilitique précoce. Lyon méd. LXX. 24; Juin 12. 1892.

(38jähr. Mann, vorher gesund. Im September 1891 Schanker. Schwere sekundäre Syphilis. Im Januar 1892 eine Art von Larynxkrisen und Blitzschmerzen in der Nacht. Im Februar starke Ataxie, Anästhesie der Füsse, Verzögerung der Empfindung. Keine Blasenstörung. Keine Erektion. Erlöschen des Kniephänomens. *Keine* reflektorische Pupillenstarre. Krankenhausbeobachtung und andauernde Behandlung vom September bis zum April.)

16) Plichon, A. F., Le tabes dorsal est-il d'origine syphilitique? Thèse de Paris. Paris 1892. G. Steinheil. 4. 119 pp. 3 Mk. 50 Pf.

17) Raymond, F., Etiologie du tabes dorsal. Progrès méd. XX. 24. 1892.

18) Sakorraphos, Tabes dorsalis et arthritisme. Progrès méd. XXI. 5. 1893.

(Die Tabes soll nahe Beziehungen zum Arthritismus haben.)

19) Square, Elliot, Med. soc. of Plymouth, Febr. 13, 1892. Citirt von *Morel-Lavallée*, Revue de Méd. XIII. 2. 1893.

(Fall von Tabes bei einem 9jähr. Mädchen mit ererbter Syphilis. Hutchinson's Zähne. Keratitis interstitialis. Bei der Mutter 3 Abortus.)

Die Erkenntniss des Zusammenhanges zwischen Tabes und Syphilis ist in den letzten 2 Jahren durch mehrere Arbeiten gefördert worden. Neues konnte zwar kaum mehr beigebracht werden, indessen sind durch weitere Untersuchungen statistischer und anatomischer Art neue Bestätigungen erlangt worden und der Fortschritt zeigt sich darin, dass die Anhänger der Fournier-Erb'schen Auffassung immer zahlreicher werden, dass die Anschauungen über das Wie des Zusammenhanges sich klären, und dass die Ansicht, nach der

[1]) Vgl. Jahrbb. CCXXXIII. p. 73.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

die Tabes *immer* Wirkung der Syphilis ist, Freunde gewinnt.

Erb (4b) hat noch einmal die Ergebnisse seiner Untersuchungen über die Ursache der Tabes zusammengefasst. Er hat mehr als 600 Tabeskranke untersucht und hat 89% früher Inficirte (63% mit sekundären Erscheinungen, 26% angeblich blos mit Schanker) gefunden. Von 32 tabischen Weibern waren 14 sicher syphilitisch, 12 höchst wahrscheinlich, nur bei 6 war nichts nachzuweisen.

E. giebt eine Uebersicht über die Angaben anderer Autoren und zeigt, dass die Mehrzahl der Autoren ähnliche Zahlen erhalten hat, dass die Zahlen mehr und mehr wachsen.

Seine Gegenprobe umfasst jetzt 6000 Personen: 22.5% früher Inficirte (12% mit sekundären Erscheinungen, 10.5% angeblich blos mit Schanker).

Das Intervall beträgt nach E. in 75% bis 15 Jahre, in 88% bis 20 Jahre.

Weiterhin macht E. eingehende Angaben über die Hülfsursachen, wegen deren wir auf den letzten Bericht (Jahrbb. CCXXXIII. p. 74) verweisen können. Die dort erwähnte Doppelzahl für neuropathische Belastung erklärt E. so, dass die grössere Zahl richtig ist, in der Tabelle aber der Einfachheit wegen nur die wichtigsten Fälle gezählt sind.

Auf das Wie des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Syphilis und Tabes geht E. diesmal ausführlich ein. Auch er hält es für richtig, die Tabes als eine direkte Wirkung der Syphilis anzusehen, die den Entartungen des Nervensystems nach Diphtherie und anderen Infektionskrankheiten gleichzusetzen ist. Ueber das Genauere ist freilich ein Urtheil noch nicht möglich, da wir über die Wirkung der Syphilistoxine noch zu wenig wissen. E. findet die Annahme Finger's ansprechend, nach der die Toxine eine Umstimmung des Organismus bewirken und dessen Reaktion auf weitere Schädlichkeiten verändern. Immerhin hält E. auch jetzt es noch für zweifellos, dass es Fälle von Tabes ohne vorausgegangene Syphilis gebe. Er giebt zu, dass, besonders bei der Häufigkeit der Syphilis ignorée in Fällen tertiärer Syphilis, die Richtigkeit der vom *Ref.* vertretenen Ansicht sich aufdränge, aber die 10% der Tabeskranken ohne nachweisbare Syphilis bestimmen ihn, vorläufig an der Multiplicität der Tabes-Ursachen festzuhalten.

Minor (13) hat seine Untersuchungen über die Häufigkeit sowohl der Syphilis, als der Tabes bei Russen einerseits, bei Juden andererseits fortgesetzt (vgl. Jahrbb. CCXXV. p. 83). Seine neuen Zahlen sind folgende. Von 449 männlichen Juden hatten 25 sicher, 9 wahrscheinlich Syphilis gehabt (5.5%—7%), von 433 Jüdinnen waren 1½% syphilitisch gewesen. Von 496 männlichen Russen hatten 118 sicher, 36 wahrscheinlich Syphilis gehabt (24%—31%), von 264 russischen Frauen waren 9—11.4% syphilitisch gewesen. Von den Russen hatten 22 sicher, 7 wahrscheinlich Tabes (4½—6%) und 90% gaben Syphilis zu, 10 hatten sicher progressive Paralyse (80% zugegebene Syphilis, 6 wahrscheinlich). 4 Russinnen hatten Tabes (100% Syphilis), 3 progressive Paralyse. Von den männlichen Juden hatten nur 4 (100% Syphilis) sicher, 4 wahrscheinlich Tabes, 2 sicher, 5 wahrscheinlich progressive Paralyse. Endlich war nur 1 Jüdin mit Tabes (und sicherer Syphilis) vorhanden.

Im Ganzen findet M., dass, ebenso wie die Syphilis, Tabes und progressive Paralyse bei Russen 5mal häufiger sind, als bei Juden. Dieselben Zahlen hat M. früher gefunden!

Auch *Ref.* (14) ist auf das von ihm früher (vgl. Jahrbb. CCIX. p. 201) behandelte Thema zurückgekommen und hat 21 neue Fälle von Tabes bei Weibern mitgetheilt. Auch in diesen Fällen war die frühere Syphilis theils sicher, theils wahrscheinlich. Das Hauptgewicht aber legt *Ref.* darauf, dass er bisher keinen einzigen Fall gefunden hat, in dem die Infektion unwahrscheinlich gewesen wäre.

Friedrichsen (7) berichtet über die tabeskranken Weiber der Klinik Gerhardt's und vergleicht seine Ergebnisse mit denen der Autoren.

Die Häufigkeit der Tabes bei Weibern ist nach Fr. durchschnittlich 7mal kleiner, als bei Männern. Nach einer Zusammenstellung verschiedener Berliner Statistiken ist in Berlin das Verhältniss 1 : 4.4, während andere deutsche Statistiken 1 : 8.8, ausländische gar 1 : 11.8 ergeben. [Das würde also heissen, in Berlin erkranken mehr Weiber an Syphilis als anderswo, obwohl (wenigstens früher) die Syphilis der tabischen Weiber nirgends weniger erkannt worden ist, als in Berlin.]

Das Alter der Erkrankten betrug bei Fr. durchschnittlich 39 Jahre. Nach einer zusammengesetzten Statistik erkrankten 66% aller tabischen Frauen zwischen dem 30. und dem 45. Jahre, 44.5% im 3. Jahrzehnt.

Das Intervall zwischen Infektion und Tabesbeginn berechnet Fr. zu 9 Jahren.

Frühere Syphilis konnte Fr. bei 13 von 33 Kr. mit Sicherheit nachweisen (Nachweis des Schankers, tertiäre Syphilis, mehrere faultodte Früchte u. s. w.), wahrscheinliche Syphilis bei 4. Er findet also im Ganzen 54.4% Inficirte. [Da Vf. nicht alle Kr. selbst untersucht hat, vielmehr zum Theil auf geschriebene Krankengeschichten angewiesen war, musste er natürlich zu niedrige Zahlen finden.]

Die Zusammenrechnung verschiedener Syphilisstatistiken hat aus bekannten Gründen eigentlich gar keinen Werth. Vf. wählt wenigstens einige Statistiken aus (Möbius, Hlubek[1]), Minor,

[1]) Hlubek hat nach Fr. in einer Dissertation 30 Fälle von Tabes bei Weibern aus Mendel's Beobachtung veröffentlicht: 9 mit sicherer, 5 mit wahrscheinlicher Syphilis. Dem *Ref.* ist diese Dissertation entgangen. Sie ist wahrscheinlich 1886 erschienen. Bei Fr. steht (unter 20) ein offenbar falsches Citat.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Korsakoff, Gerlach, Erb, v. Noorden, Vf.) und findet so unter 119 tabischen Weibern 53 mit sicherer, 30 mit wahrscheinlicher Syphilis.

Nach Fr.'s Angaben muss für die die Charité aufsuchenden Frauen eine durchschnittliche Fruchtbarkeit von 6—7 Geburten angenommen werden. Bei den Tabeskranken fand er 3.3 Geburten und bei Abrechnung von 4 sehr fruchtbaren Weibern, die erst nach der Menopause tabisch geworden waren, nur 1.6 Geburten.

Neuropathische Belastung fand Fr. nur bei 3 Kr. (1mal starb der Vater an einem Rückenmarksleiden, 1mal der Bruder an Tabes, 1mal waren Mutter und Schwester nervenleidend).

5 von Fr.'s Kr. hatten Herzfehler, theils nur Aortenfehler, theils auch Mitralinsufficienz, 1 hatte ausser der Aorteninsufficienz ein Aneurysma. Fr. betrachtet die Herz-, bez. Gefässerkrankung als der Tabes coordinirte Wirkung der Syphilis. Von den Angaben über andere Symptome ist zu erwähnen: Häufigkeit der Magenkrisen (12 unter 33), Anosmie bei 10%.

Den Schluss machen 29 Krankengeschichten. Eine Jungfrau ist unter den Kr. nicht, auch keine Person, bei der nach den Verhältnissen eine Infektion sehr unwahrscheinlich gewesen wäre. Merkwürdig ist ein Fall: Ererbte Syphilis, 5 Fehlgeburten, mit 59 Jahren Tabes.

Goldflam (8) hat ausser anderen casuistischen Beobachtungen auch einen Stammbaum mitgetheilt, der sehr interessant ist. Die beiden Tabeskranken hatten Syphilis gehabt. Ueber die Syphilis der Paralytischen wird nichts gesagt.

Von 4 Brüdern heirathete der 1. eine geisteskranke Frau. Von dessen Söhnen litt der 1. an progressiver Paralyse, der 2. war schwachsinnig, der 3. zeigte Syndaktylie, litt an Tabes, heirathete seine Nichte, erzeugte 4 Idioten; von den 2 Töchtern war die eine verrückt, die andere hatte eine Tochter, die an Gehirnkrebs starb.

Der 2. Bruder war sehr begabt und litt an Diabetes mellitus. Er hatte 5 Kinder. Der älteste Sohn litt an progressiver Paralyse, der 2. litt an Diabetes und hatte Zwangsvorstellungen mit Angst.

Der 3. Bruder hatte einen Sohn, der an Lues und wahrscheinlich auch an Tabes litt.

Der 4. Bruder starb an „Rückenmarkserkrankung".

Friedheim (6) hat 146 Tabeskranke untersucht und unter ihnen 49 mit sicherer, 26 mit wahrscheinlicher Syphilis gefunden; 18 wollten Tripper ohne Syphilis gehabt haben. Weiber waren 29, darunter nur 7 mit Syphilis [! *Ref.*].

F. glaubt beobachtet zu haben, dass die Tabes bei Leuten, die Syphilis gehabt haben, früher beginnt, als bei „syphilisfreien" und dass bei jenen früher und stärker Störungen der Blasen- und der Geschlechtsthätigkeit auftreten. Wegen der Zahlen muss auf das Original verwiesen werden.

Gowers (9), auf dessen Bemerkungen wir schon früher nach dem englischen Originale hingewiesen haben (vgl. Jahrbb. CCXXV. p. 83), fand unter 170 Tabeskranken 55% mit Syphilis, ausserdem 14% mit früherem Ulcus. 92 waren Privatpatienten, davon 57% mit Syphilis, 78 Krankenhauspatienten, davon 52% mit Syphilis. In 5% der Fälle hatten die Kr. „sich nicht der Gefahr der Ansteckung ausgesetzt".

Nach G. ist „die Beziehung der Syphilis zur Tabes über jeden begründeten Zweifel erhaben". Er glaubt, dass systematische Entartungen im Nervensystem auf Giftwirkung hinweisen und dass die Tabes Wirkung eines bei der Syphilis entstehenden Giftes sei.

Mit Recht hält G. auch die Fälle von Tabes bei Kindern für beweisend. Er hat Tabes bei einem 17jähr. Jüngling, der an hereditärer Syphilis gelitten hatte, und bei einem 15jähr. Mädchen mit Hutchinson's Zahnerkrankung und charakteristischen Veränderungen an Hornhaut und Aderhaut beobachtet. Ausserdem erwähnt er reflektorische Pupillenstarre bei einem jungen Mädchen mit ererbter Syphilis und bei dessen Mutter.

Drummond (3) erklärt sich entschieden für die Ansicht, dass Tabes und progressive Paralyse immer Wirkung der Syphilis seien. Er betont, dass die 10%, in denen keine Syphilis gefunden werden konnte, den Ausschlag nicht geben dürfen. Wenn in 9 von 10 gleichen Fällen eine bestimmte Ursache nachzuweisen ist, so ist man berechtigt, sie auch im 10. Falle vorauszusetzen.

Fast ebenso bestimmt wie Drummond hat sich P. Marie (30) ausgesprochen. Er nennt sich einen „partisan absolu de la nature syphilitique du tabes"; es sei zwar möglich, dass ausser dem syphilitischen auch andere Gifte tabische Veränderungen hervorrufen könnten, aber für die gewöhnliche Beobachtung „le tabes est toujours d'origine syphilitique".

Auch F. Raymond (17) kann sich dem Gewichte der für die syphilitische Art der Tabes sprechenden Gründe nicht mehr entziehen. Er hält es für bewiesen, dass die grosse Mehrzahl der Tabeskranken früher syphilitisch gewesen ist, und für höchst wahrscheinlich, dass die Syphilis direkt oder indirekt die Tabes bewirke. Er fügt hinzu, es sei sicher, dass Tabes auch ohne Syphilis vorkomme, da doch in seltenen Fällen Tabeskranke sich inficirt hätten. Freilich müsse man auch an die Möglichkeit der Reinfectio denken.

Bei seinen Ausführungen stützt sich R. hauptsächlich auf Erb's Angaben. Bemerkenswerth ist seine Aussage, er habe bei einer Anzahl Frauen der oberen Stände Tabes beobachtet; alle waren vom Ehemanne inficirt, nur bei 2 konnte die Syphilis nicht nachgewiesen werden, aber auch hier waren die Männer syphilitisch.

Auch auf die vorwiegend anatomischen Arbeiten ist hinzuweisen. Immer häufiger werden die Beobachtungen, in denen neben der Tabes tertiärsyphilitische Veränderungen gefunden werden. Solche Fälle haben mitgetheilt Dinkler (25, 26), Marinesco (32), Nonne (119), Ewald (112) u. A.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Den vielen zustimmenden Mittheilungen stehen nur wenige verneinende gegenüber. Leyden (135) bringt zwar keine neuen Gründe bei, berücksichtigt die im Laufe der Jahre angesammelten überzeugenden Thatsachen nicht, erklärt aber mit früherer Bestimmtheit, Syphilis sei nicht Ursache der Tabes. Die Annahme einer Toxin-Wirkung würde zwar die Erfolglosigkeit einer antisyphilitischen Behandlung begreiflich machen, aber die Syphilis bilde keine Toxine und die ganze Lehre sei willkürlich.

Lancereaux (12) will sich ebenfalls nicht bekehren. Nach seiner Ansicht hat die Tabes mit der Syphilis nichts zu schaffen. Unermüdlich braucht er das anatomische Argument: die Läsion bei Tabes sei doch ganz verschieden von der bei Syphilis, jene sei parenchymatös und systematisch, diese an das Gefässsystem gebunden und diffus. Von der Auffassung der Tabes als Metasyphilis weiss L. überhaupt nichts.

Nach seiner Lehre ist die Tabes eine Wirkung der Ueberanstrengung; geschlechtliche Ausschweifungen, Ueberanstrengung der Beine, der Augen u. s. w., das ist die Hauptsache. L. macht dabei die Bemerkung, es könne nicht angenommen werden, dass die Tabes verschiedene Arten der Ursachen habe, etwa durch Vergiftungen verschiedener Art entstehe, denn une lésion si nette müsse causes toujours semblables, sinon identiques haben.

Da Plichon (16) ein Schüler Lancereaux' ist, kann man voraussehen, wie er die Frage „ist die Tabes syphilitischen Ursprungs?" beantworten werde. Für ihn ist die Syphilis nur ein prädisponirender Umstand. Die ausführliche Arbeit handelt zunächst von den verschiedenen Statistiken und von den Ergebnissen der Statistik. P. rechnet die verschiedenen Statistiken zusammen und findet danach bei 4190 Tabeskranken 50.5% sicherer und 9.5% wahrscheinlicher Syphilis gegen 11.13% und 10.24% bei 7230 Nichttabischen. Somit giebt er zu, dass frühere Syphilis bei Tabeskranken häufiger sei, als bei anderen Leuten. Die Meinung, Syphilis gehe immer der Tabes voraus, werde schon dadurch widerlegt, dass man frische Syphilis bei Tabeskranken beobachtet habe. Die folgenden Abschnitte behandeln die pathologische Anatomie und die Wirkung der antisyphilitischen Behandlung. Gegen die Annahme, die Tabes werde durch einen Abkömmling des Syphilisgiftes verursacht, macht Pl. die wunderlichen Einwendungen: 1) man kenne die Syphilisbakterien noch nicht, 2) es dürften dann nicht gummatöse Erkrankungen neben der Tabes vorkommen, 3) es vergehe zu lange Zeit zwischen Syphilis und Tabes.

Anatomisches und Theoretisches.

20) Blocq, Paul, Lésions et nature du tabes dorsalis. Gaz. hebd. 2. S. XXIX. 13. 14. 1892.

21) Borgherini, A., Sur la nature systématique du tabes dorsal. Revue de Neurol. I. 11. p. 282. Juin 1893.

22) Brazzolo, Florian, Sulle localizzazioni anat.-pathol. e sulla pathogenesi della tabe dorsale. Bull. delle sc. med. Bologna II. 4. Ref. Neurol. Centr.-Bl. XI. 47. 1892.

(Bei Tabes erkranke das ganze Nervensystem, besonders das sensorische. Die Tabes sei mit der progressiven Paralyse nahe verwandt. Die Läsion sei ein entzündlicher Process.)

23) Darier, J., Anatomie pathologique du tabes. Gaz. hebd. XXXIX. 5. 1892.

(Vorlesung. Das Primäre sei eine „dynamische" Läsion der Spinalganglien.)

24) Dejerine, J., Du rôle joué par les lésions des racines postérieures dans la sclérose médullaire des ataxiques. Semaine med. XII. 63. 1892. — Progrès méd. XXI. 1. 1893.

25) Dinkler, M., Tabes dorsalis incipiens mit Meningitis spinalis syphilitica. Ein klin.-anatom. Beitrag zur Lehre von d. ätiolog. Beziehungen zwischen Syphilis u. Tabes. Ztschr. f. Nervenhkde. III. 4 u. 5. p. 319. 1893.

26) Dinkler, Ein Fall von syphilit. Tabes. Neurol. Centr.-Bl. XI. 12. p. 389. 1892.

(Bei einem plötzlich gestorbenen Tabeskranken wurden ausser den gewöhnlichen Läsionen der Tabes gummatöse Meningitis spinalis und syphilitische Entartung der Basilaris und der A. fossae Sylvii gefunden. Letztere Arterie war auf der einen Seite geborsten und dadurch war die tödtliche Blutung entstanden. Vf. giebt eine sehr sorgfältige Beschreibung des mikroskopischen Befundes.)

27) Ecoard, Wilhelm, Ueber die patholog.-anatom. Veränderungen im Rückenmark b. Tabes dorsalis. Inaug.-Diss. Erlangen 1892. Druck v. A. Vollrath. 8. 35 S. mit 1 Tafel. 80 Pf.

28) Krauss, Ed., Beitrag zur patholog. Anatomie d. Tabes dorsalis. Arch. f. Psych. XXIII. 2. p. 387; 3. p. 704. 1891—92.

29) Lévi, Léop., Mort subite chez un ataxique à la période d'incoordination motrice par rupture de la crosse de l'aorte ectasiée; épanchement sanguin (800 g) dans le péricarde; hérédité cardiaque; syphilis; passé articulaire. Bull. de la Soc. anat. de Paris 5. S. VII. 8. Mars 1893. (Die Ueberschrift sagt Alles.)

30) Marie, Pierre, Leçons sur les maladies de la moelle. Paris 1892. G. Masson. Gr. 8. 504 p. 244 fig.

31) Marie, Pierre, Du rôle joué par les lésions des racines postérieures dans la sclérose médullaire des ataxiques. Progrès méd. XX. 52. 1892.

32) Marinesco, G., Ueber einige durch Syphilis hervorgerufene Veränderungen d. Nervensystems u. über d. Pathogenese d. Tabes. Wien. med. Wchnschr. XLI. 51. 52. 1891.

33) Redlich, E., Die hinteren Wurzeln d. Rückenmarks u. d. pathol. Anatomie der Tabes dorsalis. Wien. Jahrbb. f. Psych. XI. 1 u. 2. p. 1. 1892.

34) Wollenberg, Robert, Untersuchungen über d. Verhalten d. Spinalganglien b. d. Tabes dorsalis. (Mit 2 Tafeln.) Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXIV. 2. p. 313. 1892.

Die neueren anatomischen Untersuchungen bestätigen theils frühere Angaben, die von Strümpell u. A. gegebene Schilderung der erkrankten Hinterstrangfelder, die Mittheilungen Lissauer's, die Angaben über die Betheiligung der peripherischen Nerven, über den histologischen Charakter der Markerkrankung, theils erweitern sie unsere Kenntnisse, wie es die Arbeit Wollenberg's über die Theilnahme der Spinalganglien am tabischen Processe thut.

Ueber die Veränderungen in den Hintersträngen scheint fast durchgängig Uebereinstimmung zu herrschen. Auch darin, dass die Kenntniss vom

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Verlaufe der hinteren Wurzelfasern die bei der Tabes gefundenen Bilder erkläre, dass somit die Tabes als Entartung der hinteren Wurzelfasern aufgefasst werden könne, kommen wohl die meisten Autoren überein. Dagegen sind die Ansichten über das Verhältniss der intraspinalen zu den extraspinalen Entartungen getheilt. Die Einen fassen die Markerkrankung als sekundäre Degeneration auf, sei es, dass sie die extraspinalen hinteren Wurzeln primär erkranken lassen, wie Dejerine, sei dass sie peripherische Ganglien verantwortlich machen, die Anderen legen auf die extraspinalen Veränderungen als inconstant und zu gering an Intensität kein Gewicht, glauben, dass die Hinterstränge primär erkranken.

(Wegen einzelner anatomischer Befunde ist auch auf die Arbeiten von Blocq und Onanoff (20), Ewald (112), Jegorow (115), Nonne (118. 119), Oppenheim (120) im Abschnitte „Diagnostisches", von Joffroy und Achard (76), Marie und Marinesco (79), Habermann (57), Popoff (61) im Abschnitte „Symptomatologisches" zu verweisen.)

Krauss (28) theilt die Krankengeschichte und die anatomische Untersuchung von 15 Tabesfällen mit. Der Raum verbietet es, auf die einzelnen Beobachtungen einzugehen. Kr. bestätigt in der Hauptsache die anatomischen Ergebnisse Strümpell's, Siemerling's u. A. Er konnte meist auch in den peripherischen Nerven Entartung nachweisen. Zum Vergleiche untersuchte er in 8 Fällen, in denen chronische Krankheiten mit Marasmus senilis bestanden hatten, die Nerven, fand auch hier Entartung, aber in weit geringerem Grade als bei den Tabeskranken. Ferner theilt Kr. sieben Untersuchungen bei sekundärer (theils auf-, theils absteigender) Rückenmarksentartung mit, um zu zeigen, dass auch hier ähnliche Gefässveränderungen wie bei Tabes gefunden werden.

Bez. der Lokalisation einzelner Symptome bemerkt Kr. u. A., dass die Ataxie nicht wohl auf die Erkrankung des Hinterhorns bezogen werden könne, da diese in einem seiner Fälle sehr ausgeprägt war, obwohl Ataxie fehlte.

Eccard (27) hat 7 tabische Rückenmarke unter Strümpell's Leitung untersucht. Er beschreibt die gesetzmässige und symmetrische Ausbreitung der Erkrankung der Hinterstränge in den verschiedenen Höhen. Er bestätigt in allem Wesentlichen die Angaben Strümpell's, Lissauer's, Krauss' u. A. Besonders betont er das gesetzmässige Freibleiben „der vorderen äusseren Felder" neben der Commissur, das häufige Verschontbleiben der äusseren hinteren Ecken und des Streifens an der inneren Seite der Hinterhörner.

Redlich (33) hat in 20 Fällen von Tabes die anatomische Untersuchung angestellt. Er kommt zu der Anschauung, dass es sich bei der Tabes ausschliesslich um eine Entartung der hinteren Wurzelfasern handle und dass die Kenntniss vom Verlaufe dieser Fasern im Hinterstrange die bei Tabes gefundenen Bilder durchaus erkläre. Warum deshalb die Auffassung der Tabes als einer Systemerkrankung unzulässig sein soll, wie Vf. meint, ist nicht recht ersichtlich.

Bez. der Randzone und der Clarke'schen Säulen ist Vf. zu denselben Ergebnissen wie Lissauer gekommen.

Die Entartung der extramedullären Wurzeln stand in der Regel zu den Veränderungen im Rückenmarke im geraden Verhältnisse. An den Spinalganglien hat Vf. keine wesentlichen Veränderungen gefunden.

Borgherini (21) schildert sehr eingehend den anatomischen Befund in einem Falle beginnender Tabes. Er bestätigt die Beschreibung Strümpell's u. A., bespricht die Beziehungen der tabischen Entartung zur Hinterstranggliederung beim Embryo, zur sekundären Entartung nach Wurzeldurchschneidung und tritt für den systematischen Charakter der Tabes ein.

Wollenberg (34) hat die Spinalganglien von 14 Kr. mit Tabes, bez. Tabes-Paralyse genau untersucht und hat gefunden, dass sie zweifellos erkrankt sind. Das Bindegewebe und die Gefässe sind verändert (Kernwucherung u. s. w.), die Nervenfasern entartet, die Ganglienzellen zum Theil atrophisch, ihrer Fortsätze verlustig, stark pigmentirt, geschrumpft, vacuolisirt. Der sensible Nerv am peripherischen Ende des Ganglion war normal. Aus diesem Umstande und daraus, dass die Veränderungen der Ganglienzellen relativ geringe waren gegenüber der Entartung der Nervenfasern, schliesst W., dass es nicht zulässig sei, die Erkrankung der Ganglienzellen für die primäre Veränderung zu halten. Nach seiner Meinung ist es am wahrscheinlichsten, dass es sich um „eine Perineuritis, welche sich in der Nachbarschaft des Rückenmarksprocesses entwickelt hat und allmählich die nervösen Elemente, und zwar erst die Nervenfasern, dann die Ganglienzellen zum Schwunde bringt", handle.

Marinesco (32) berichtet über 4 anatomische Untersuchungen. Wenigstens in 2 Fällen bestand zweifellose Tabes zusammen mit tertiär-syphilitischen Veränderungen, die am Nervensystem gefunden wurden.

M. meint, die Hinterstränge seien gegen Gifte besonders empfindlich. Auch andere Gifte als das der Syphilis können nach ihm Tabes bewirken.

Wahrscheinlich sei die Hinterstrangerkrankung von der Läsion eines trophischen Centrum abhängig.

Paul Blocq (20) giebt eine Uebersicht über die anatomischen Läsionen bei der Tabes. Er hält fest daran, dass die Tabes eine primäre Rückenmarkskrankheit sei, denn es gebe Fälle, in denen die intraspinalen Wurzelbündel erkrankt sind, die extraspinalen noch nicht. Die Tabes sei ein Gegenstück zur amyotrophischen Lateralsklerose, sei in der Hauptsache die Erkrankung der sensorischen Rückenmarkstheile.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Aus der anatomischen Läsion könne man auch die Pathogenese erschliessen. Immer erkranke zuerst im Hinterstrange das innere Bündel der Wurzelfasern mit dicken Fasern (das dem Muskelgefühl diene), ebenso wie dieses früher Markscheiden erhalte als das äussere Bündel mit dünnen Fasern (das dem Hautsinne diene). Da auch bei der hereditären Ataxie das innere Bündel betroffen werde, könne man schliessen, dass die Tabes eine auf erblicher Anlage beruhende Krankheit sei. Ferner sei phylogenetisch das innere Bündel früher als das äussere. Hereditäre Krankheiten befallen die ältesten Strukturen, erworbene die jüngsten. Daher derselbe Schluss!

Dejerine (24) vertritt die Ansicht, dass die Erkrankung der hinteren Wurzeln das Primäre bei der Tabes sei. Er bezieht sich auf die bekannten physiologischen und embryologischen Erfahrungen, auf die Ergebnisse der Untersuchung bei Compression der Cauda equina u. s. w. Er selbst hat in 28 Fällen von Tabes die Untersuchung angestellt, stets waren die hinteren Wurzeln erkrankt und stets stand die Läsion der Hinterstränge im geraden Verhältnisse zu der jener. D. beruft sich auf die gleichen Ergebnisse Redlich's. Die älteren Befunde von Hinterstrangerkrankung ohne Wurzelerkrankung können nichts beweisen, da damals die Technik nicht ausreichte. Der einzige neue Befund dieser Art ist der Fall Raymond's, aber auch hier ist nur dargethan, dass in den Wurzeln keine zerfallenden Fasern gefunden wurden, während atrophische sehr wohl vorhanden gewesen sein können.

Dass die Erkrankung der Wurzeln von der der spinalen Ganglien abhänge, ist auf keinen Fall anzunehmen. Denn die in diesen gefundenen Veränderungen sind gering, die meisten Autoren haben überhaupt keine gefunden, vor Allem aber müsste dann auch unterhalb der Ganglien Degeneration vorhanden sein. Bis auf Weiteres muss man annehmen, dass ebenso wie die peripherischen Nervenfasern bei Tabes die Wurzelfasern primär erkranken.

Marie (31) wandte sich in sehr scharfer Weise gegen Dejerine und warf ihm vor, er habe sich (bez. Vulpian) mit Unrecht eine Priorität zugeschrieben, die in Wirklichkeit Leyden zukomme, denn dieser habe die regelmässige Erkrankung der hinteren Wurzeln bei Tabes und ihre Bedeutung schon früher hervorgehoben. Ferner widerspreche sich Dejerine, da er die Tabes bald als parenchymatöse, bald als interstitielle Krankheit bezeichne.

In einer Entgegnung weist Dejerine (24) nach, dass bei Leyden die von ihm (D.) vorgetragene Lehre thatsächlich nicht zu finden ist. Man muss ihm in dieser Hinsicht wohl recht geben. Der Gedanke, dass die ganze Hinterstrangerkrankung stets eine sekundäre Degeneration sei, ist von Leyden nicht ausgesprochen worden. D. erklärt mit Bestimmtheit, er habe die Tabes niemals eine parenchymatöse Erkrankung genannt.

Marie (30) giebt in seinen Vorlesungen eine ausführliche Schilderung der Tabes. Besonders ausführlich beschäftigt er sich mit der pathologischen Anatomie und der Theorie der anatomischen Veränderungen. Seine Hypothese ist folgende: Die Erkrankung der Hinterstränge ist nicht das Erste, denn leitende Fasern erkranken nur sekundär, in Folge der Läsion ihrer Zellen. Die Erkrankung der Wurzelfasern, die sich als tabische Hinterstrangentartung darstellt, ist die Wirkung von Veränderungen der Zellen in den Spinalganglien und den peripherischen Ganglien (deren Existenz M. nur voraussetzt, auf die aber die Hinterstrangerkrankung nach Amputationen deutet). Auf diese wirkt zunächst das syphilitische Gift. —

35) Ballet, Gilbert, Rapport du tabes dorsalis avec la paralysie générale. Bull. méd. 36. — Semaine méd. XII. 21. p. 159. 1892.

(B. zweifelt an der Richtigkeit der Ansicht Raymond's (43). Das Tempo der Tabes sei ein viel langsameres als das der Paralyse. Bei dieser seien allerdings tabische Symptome häufig, aber die Tabeskranken würden doch recht selten paralytisch. In anatomischer Beziehung sei zu erwägen, dass die Tabes eine primäre Erkrankung der Nervenfasern, die Paralyse eine interstitielle Entzündung sei. Die Rückenmarkserkrankungen bei Paralyse seien doch vielleicht von der wahren Tabes zu unterscheiden.)

36) Courtois-Suffit, Tabes et paralysie générale. Gaz. des Hôp. 6. 1893.

(Gute Uebersicht und Zusammenstellung der Gründe für die Einheit beider Krankheiten.)

37) Fournier, A., Tabes et paralysie générale. Bull. méd. Juin 11. 1893.

(Nach einem Referate im Centr.-Bl. f. Nervenhkde. [Sept. 1893] hat auch F. sich für die Zusammengehörigkeit der Tabes und der Paralyse erklärt: gemeinsame Symptome, Zusammenvorkommen, Einheit der Ursache und der davon abhängigen Umstände, gleiches Verhalten gegen Heilmittel, Analogie der anatomischen Befunde.)

38) Joffroy, A., De la nature et des rapports du tabes et de la paralysie générale. Bull. méd. 42. — Neurol. Centr.-Bl. XI. 21. p. 678. 1892.

(Die Verbindung der Tabes mit der Paralyse sei eine Complikation. Gegenüber den parenchymatösen Läsionen der Tabes treten bei der Paralyse die Veränderungen des Zwischengewebes in den Vordergrund. Die Tabes schädige wesentlich sensorische Bahnen, die Paralyse psychomotorische. U. s. w.)

39) Muselier, P., Tabes et paralysie générale. Gaz. de Par. 8. S. II. 11. 18. Mars 1893.

(Zustimmende Besprechung der Arbeit Nageotte's).

40) Nageotte, Sur le cerveau des ataxiques. Soc. de Biol. Séance du 28 janv. 1893. — Mercredi méd. Févr. 1. 1893.

(N. hat die Gehirne von 3 Tabeskranken Dejerine's, deren Geisteszustand in keiner Weise aufgefallen war, untersucht. Das eine Stirnhirn zeigte Veränderungen, die zweifellos zur Paralyse gehörten.)

41) Nageotte, J., Tabes et paralysie générale. Paris 1893. G. Steinheil. 8. 160 pp. et 10 pl. 7 Mk.

42) Pierret, Des rapports de la paralysie générale et du tabes. Semaine méd. XII. 41. p. 326. 1892.

(P. hat schon früher Entartung der Gehirnrinde bei Tabeskranken ohne gröbere psychische Störungen gefunden. Man müsse 2 Formen unterscheiden: die sensitive Tabes könne sich mit psychischen Störungen verbinden, wahnhaften Umdeutungen der Schmerzen u. s. w., Grössenwahn, Demenz: tabes psycho-sensoriel. Es gebe aber

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

auch tabes psycho-moteur: einfache Demenz mit spastischer Parese. Diese Formen müsse man aus dem Complexe der progressiven Paralyse herausheben.)

43) Raymond, F., Sur les rapports du tabes avec la paralysie générale. Soc. méd. des Hôp. Avril 8. 1892. — Progrès méd. 2. S. XV. 16. p. 305.

(Im Anschluss an einen klinisch und anatomisch beobachteten Fall spricht R. seine Ansicht dahin aus, dass Tabes und progressive Paralyse Formen derselben Krankheit seien.)

44) Raymond, F., Sur les rapports du tabes dors. avec la paralysie générale. Semaine méd. XII. 25. p. 196. 1892.

(R. wendet sich gegen Ballet's Einwürfe. Der Verlauf sei eben von der Lokalisation abhängig. B. unterschätze die Häufigkeit der Combination. Besonders hebt R. hervor, dass unsere Kenntnisse über die feineren Veränderungen bei Tabes ja gerade in Fällen von Tabes-Paralyse gewonnen seien [Westphal, Strümpell, Flechsig]. Die Betheiligung der Gefässe an der tabischen Erkrankung sei zweifellos. Der histologische Charakter könne nicht zur Trennung zwingen.)

45) Rendu, Rapports du tabes et de la paralysie générale. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris 3. S. IX. 22. Juin 16. 1892. — Semaine méd. XII. 31. p. 248.

(R. schliesst sich der Ansicht Raymond's, dass Tabes und Paralyse Formen derselben Krankheit seien, an und theilt 2 Beobachtungen von Tabes-Paralyse mit. Er setzt auseinander, dass die Gründe Ballet's und Joffroy's, die sich auf histologische Differenzen beziehen, nicht durchschlagend seien.)

In Frankreich ist die Frage, ob Tabes und progressive Paralyse wesentlich verschiedene Krankheiten oder Formen einer Krankheit seien, lebhaft besprochen worden. Raymond (43) trat für die Wesenseinheit beider Affektionen ein, Ballet (35) und Joffroy (38) bekämpften ihn, Rendu (45) stimmte ihm zu.

Nageotte (41), ein Schüler Raymond's, hat dessen Ansichten in einer besonderen Schrift vorgetragen. Er zeigt in vortrefflicher Weise, dass Tabes und progressive Paralyse nur verschiedene Formen derselben Krankheit sind. In $^2/_3$ der Fälle besteht die Tabes neben der Paralyse. Alle Formen dieser und alle Formen jener kommen zusammen vor. Oft tritt die Paralyse bei beginnender Tabes auf und erst die paralytischen Symptome erwecken die Aufmerksamkeit, während vorher die tabischen übersehen wurden. Der Tabische kann in jedem Stadium paralytisch werden und viele Jahre können vergehen, ehe auch das Gehirn ergriffen wird. Aber auch dann, wenn keine paralytischen Symptome beobachtet worden sind, findet man zuweilen post mortem paralytische Veränderungen der Gehirnrinde (Jendrassik, Nageotte). Man kann etwa folgende Formen unterscheiden: einfache Tabes, Tabes mit einzelnen Paralysesymptomen, Tabes mit vollständiger Paralyse, Paralyse mit einzelnen Tabessymptomen, einfache Paralyse. Für alle Formen bringt N. Beispiele bei, die theils der Literatur, theils der Beobachtung Raymond's entnommen sind. Ebenso ausführlich wird die pathologische Anatomie unter Mittheilung alter und neuer Beobachtungen (10 Tafeln begleiten die Arbeit) besprochen. Die Rückenmarksveränderungen sind genau dieselben bei der Paralyse-Tabes wie bei der einfachen Tabes. Die Seitenstrangerkrankung bei Paralyse ist zwar nicht als sekundäre Degeneration, aber doch als indirekte Wirkung der Gehirnerkrankung aufzufassen, vielleicht in dem Sinne, dass durch die letztere die Pyramidenfasern weniger widerstandsfähig gegen das Krankheitgift werden. Es ist nicht gerechtfertigt, wenn die Paralyse als interstitelle Erkrankung der systematischen Tabes gegenübergestellt wird, da wir über das Genauere der paralytischen Läsion und über die Fasersysteme der Gehirnrinde noch zu wenig wissen.

Tabes und Paralyse sind aber auch deshalb nicht zu trennen, weil sie in der grossen Mehrzahl der Fälle dieselbe Ursache haben: die Syphilis. N. setzt sehr gut aus einander, wie hier und dort die Statistik über frühere Syphilis dieselben Ergebnisse liefert (etwa 90%), wie die Beziehungen zu Lebensalter, Geschlecht, Stand, Rasse bei beiden Krankheiten dieselben sind und sich nur durch die Beziehung zur Syphilis erklären. Auch die wesentlichste Hülfsursache ist dieselbe, die neuropathische Belastung. Aber im Weiteren ist vielleicht ein Unterschied derart anzunehmen, dass, wenn die Hauptbedingungen gegeben sind, Ueberreizung des Gehirns zur Paralyse, Ueberreizung des Rückenmarks zur Tabes führt. In dieser Hinsicht ist folgende Beobachtung Raymond's merkwürdig.

2 Brüder aus nervenkranker Familie waren beide syphilitisch gewesen. Der eine, ein Grosskaufmann wurde mit 40 J. paralytisch, der andere, ein Officier, mit 41 J. tabisch.

Enthält auch die Arbeit N.'s keine neuen Ansichten, so ist doch der Gegenstand in ihr so vollständig wie noch nie besprochen.

Symptomatologisches.

a) Hirnnervensymptome.

46) Bouchard, J. B., Ataxie locomotrice progressive; nystagmus; hallucination; cécité et amélioration de l'incoordination motrice. Gaz. hebd. 2. S. XXIX. 47. 1892.

47) Burger, H., Die laryngealen Störungen der Tabes dorsalis. Leiden 1891. E. J. Brill. Gr. 8. 166 S.

48) Buzzard, Thomas, Atrophy of the optic nerve as a symptom of chronic disease of the central nervous system. Brit. med. Journ. Oct. 7. 1893.

(B. bespricht hauptsächlich die Sehnervenveränderungen bei multipler Sklerose. Ihnen stellt er die bei Tabes gegenüber. Im Hospital waren unter 56 Tabeskranken 9 mit Opticusatrophie, unter 100 Privatpatienten waren 15. B. bestätigt die Seltenheit der Ataxie bei Opticusatrophie.)

49) Capriati, Vito, Il Trattamanto elettrico nella atrofia tabetica del nervo ottico. Rif. med. IX. 226. 227. 1893.

(8 Beobachtungen. Die elektrische Behandlung sei bei tabischer Opticusatrophie zu empfehlen, wenn der Process nicht schon zu weit fortgeschritten ist und keinen sehr rapiden Verlauf hat. Sie werde durch Kräftigung der noch erhaltenen Nervenfasern um so mehr leisten, je früher sie beginne. Am besten sei der Strom in der Richtung des Opticus zu leiten.)

50) Charcot, J. M., Le syndrome paralysie labio-glosso-laryngée progressive dans le tabes. Progrès méd. 2. S. XVII. 24. 1893.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

51) Chvostek, F., Ein Fall von Tabes mit Bulbärsymptomen. Neurol. Centr.-Bl. XII. 22. 1893.

52) Clarke, Michel J., Case of Tabes dorsalis. Brain LIII. p. 105. 1891.

53) Dejerine, De l'ophthalmoplégie tabétique. Rec. d'ophth. March 1892. Ref. Arch. f. Augenhkde. XXVII. 1 u. 2. p. 185. 1893.

(Aus der Heilbarkeit der tabischen Augenmuskellähmungen schliesst D. auf peripherische Läsion. Er habe mehrmals Entartung der Nerven, aber nur geringe Veränderungen in der Kernregion gefunden.)

54) Ehrenberg, Arthur, Ueber einige Fälle von Tabes dorsalis mit Betheiligung d. N. vagus u. N. accessorius Willisii. Inaug.-Diss. Berlin 1893. Druck von Gust. Schade. 8. 69 S. 90 Pf.

55) Grabower, Kehlkopfmuskellähmung b. Tabes dorsalis. Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 27. 1892. — Berl. klin. Wchnschr. XXX. 26. p. 505. 1893.

56) Guillery, Ueber d. topische Diagnostik d. Pupillarerscheinungen b. Tabes dorsalis. Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 52. 1892.

57) Habermann, J., Ueber Erkrankung d. Gehörorgans in Folge von Tabes. Arch. f. Ohrenhkde. XXXIII. 2. p. 105. 1892. — Wien. med. Wchnschr. XLII. 16. p. 631. 1892.

(52jähr. Tabeskranker. Die Tabes hatte vor 12 J. mit Taubheit begonnen, die sich in einigen Monaten entwickelt hatte. Gehör nur für C-Stimmgabel erhalten. Ohrensausen. Kein Schwindel. H. fand post mortem vollständige Entartung des R. cochleae, partielle der Nerven des Vorhofs und der Bogengänge. Die Degeneration liess sich bis zu den Kernen in der Oblongata verfolgen.)

58) Ilberg, Ueber Lähmung des XI. Gehirnnerven bei Tabes dorsalis. Charité-Annalen XVIII. p. 303. 1893.

59) Ollier, Du laryngisme chronique dans le tabes dorsal. Thèse de Lyon 1892—93. (Dem *Ref.* nicht zugänglich.)

60) Pershing, Howell T., Pre-ataxic tabes dorsalis, with optic-nerve atrophy. Philad. med. News LX. 13. p. 337. March 1892.

(Mittheilung einiger Beobachtungen. Besprechung der verhältnissmässig langsamen Entwickelung der Tabes bei Atrophie des Opticus. Nichts Neues.)

61) Popoff, N. M., Contribution à l'étude des altérations des nerfs optiques dans le tabes. Extr. du Journ. neurol. de Kasan Nr. 1. 1893. Ref. in Revue neurol. I. 11. p. 292. 1893.

(Genaue Beschreibung des Befundes an Opticus, Chiasma, Tractus in 1 Falle von Blindheit durch Tabes-Paralyse. Es wurden unversehrte Bündel, die sich im Chiasma kreuzen, gefunden, die möglicherweise der „Commissur Hannover's" entsprechen. Der Vf. nimmt an, dass die Entartung des Opticus peripherisch beginne.)

62) Popow, N., Beitrag zur Kenntniss der Sehnervenveränderungen bei der Tabes dorsalis. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 3 u. 4. p. 270. 1893.

(Beschreibung der Sehnerven, des Chiasma und der Tractus optici in einem Falle langjähriger Blindheit durch Opticus-Atrophie bei Tabes-Paralyse. Der Schwund war in der Peripherie am stärksten. Einzelne Bezirke des Querschnittes waren relativ verschont, besonders ein dem von Hannover geschilderten Bündel entsprechender Bezirk. Wegen der Einzelheiten ist auf das Original zu verweisen. Offenbar ist Nr. 62 Uebersetzung von Nr. 61.)

63) Rendu, Ophthalmoplégie nucléaire au cours du tabes. Bull. méd. Nov. 1892. Ref. Arch. f. Augenhkde. XXVII. 1 u. 2. p. 185. 1893.

(Doppelseitige Ophthalmoplegie im Beginne der Tabes.)

[64) Talko, Einfluss des Hängens auf Verbesserung der Sehschärfe. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. April 1893.

(T. berichtet über Beobachtungen Bechterew's und Worotynski's. Danach soll sich bei einer Dauer des Hängens von 5—15 Min. und Anwendung von 100—120 Pfundgewichten die Sehschärfe bei Tabes, sowie bei Atrophia nerv. opt. incip. ohne Tabes merklich gebessert haben. Auch das Gesichtsfeld (besonders für Weiss) hatte in verschiedenen Meridianen eine Ausdehnung erfahren. Nach Bechterew geht beim Hängen der Liquor cerebro-spinalis in die verlängerte Wirbelsäule; an seine Stelle tritt vermehrter Blutzufluss und diese Hyperämie des centralen Nervensystems wirkt wohlthätig auf die Sehschärfe. Lamhofer [Leipzig].)]

Guillery (56) sucht in ausführlichen Erörterungen, die nicht wohl wiedergegeben werden können, darzuthun, dass die Myosis bei Tabes nicht spinaler Art, nicht durch Lähmung sympathischer Fasern verursacht sei. Er geht von der Beschreibung eines Tabeskranken aus, bei dem links erst Mydriasis, dann Myosis bestand, während reflektorische Pupillenstarre beiderseits von vornherein vorhanden war. Atropin wirkte schwächer als beim Gesunden, Cocain hatte deutliche Wirkung auf die Pupille. G. nimmt an, dass sowohl die Myosis, als auch die reflektorische Starre von Veränderungen am Grunde des 3. Ventrikels abhängig seien. Der Process schreite im Allgemeinen von hinten nach vorn fort, so dass zuerst die von einer Reizung des Sphinkterkernes abhängende Myosis und die von Unterbrechung der Pupillarfasern in der Nähe dieses Kernes abhängende reflektorische Starre auftreten, in späteren Stadien Lähmung des Sphinkters (Mydriasis und vollständige Starre), sowie Verlust der Accommodation folgen können. Es kommen die verschiedensten Unregelmässigkeiten vor, weshalb das klinische Bild eine grosse Zahl von Varietäten darbietet.

Bouchard (46) theilt eine recht interessante Beobachtung mit.

Ein 54jähr. Mann litt seit 1875 an Tabes. Seit 7—8 J. war er vollständig blind durch Opticus-Atrophie. Seit 5 J. hatte er von Zeit zu Zeit eigenthümliche Hallucinationen. Einmal glaubte er an der rechten Seite des Kopfes Hitze zu fühlen. Er sah nach rechts und erblickte (im August) ein Feuer im Kamin und daneben einen jungen Mann in fremdartiger Tracht. Ein anderes Mal sah er einen Garten, in dem die Sonne durch die Bäume schien. In der Kirche betete er zur Jungfrau um Genesung, da glaubte er die Worte „In Lourdes" zu hören und sah zugleich in leuchtenden Buchstaben über dem Altar das Wort „Lourdes". Wenn er die Augen schloss, verschwanden die Gesichtshallucinationen. Es bestand keinerlei paralytisches Symptom. Bei der Untersuchung fand B., dass die Augen des Kr. zuckende Bewegungen in der Richtung ausführten, nach der der Kr. blickte.

Mit dem von B. angenommenen Nystagmus ist es nichts, es handelt sich um das gewöhnliche Augenzucken bei Blinden, das mit dem echten Nystagmus nichts zu thun hat.

Bei den eigenthümlichen Sinnestäuschungen denkt man natürlich an eine mögliche Läsion der Rinde an bestimmten Stellen. *Ref.* hat ähnliche Hallucinationen bei einer Tabeskranken beobachtet, bei der auch die Form der Sehstörung auf die Rinde deutete, da die vorhandene Hemianopsie durch den Augenspiegelbefund nicht erklärt wurde.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Die Tabeskranke zeigte u. A. Hypästhesie der linken Gesichtshälfte, rechts Amaurosis, links mässige Amblyopie und eine nicht vollständige linkseitige Hemianopsie. Die Untersuchung mit dem Augenspiegel [Dr. Lamhofer] ergab rechts eine starke, links eine mässige Atrophie der Papille. Die Kr. erzählte nun, dass sie von Zeit zu Zeit Dinge sehe, die nicht da seien. Sie sehe manchmal menschliche Gestalten, besonders aber spielende Hunde und Katzen. Sie konnte die Gruppen der Thiere, deren Grösse und Färbung genau beschreiben. Schloss sie die Augen, so verschwanden die Bilder. In der Regel zeigten diese sich etwas links von der Kranken. Seit etwa 1 Jahre sind sie nicht wiedergekehrt. Niemals hat sich bei der Kr. eine psychische Störung oder ein sonstiges Symptom der Paralyse finden lassen. Die Kr. ist seitdem durch eine Apoplexie gestorben. Die Sektion wurde nicht gestattet.

Das Verschwinden der Bilder bei Schluss der Augen führt B. auf eine Autosuggestion zurück.

Wegen der Frage, ob bei Tabes Nystagmus vorkomme, ist eine Beobachtung M. Clarke's (52) bemerkenswerth.

Es handelte sich um einen 53jähr. Mann, dessen Tabes insofern ungewöhnlich war, als sensorische Störungen (Schmerzen und Anästhesie), sowie Ataxie der Arme in den Vordergrund traten bei leidlich normalem Verhalten der Beine. Es bestand rechts Abducenslähmung und wenn das Auge nach innen gedreht wurde, traten einige Zuckungen ein. 18 Mon. später fand der Augenarzt C. H. Walker Folgendes: An beiden Augen war ein „fine lateral nystagmus" vorhanden, aber nicht immer, sondern zeitweise, besonders dann, wenn die Augen mehrmals nach den Seiten gedreht worden waren. Da Linsentrübungen bestanden, meint Vf., diese und das Coordinationsunvermögen seien Ursache des „Nystagmus".

Ref. glaubt, dass auch hier der Ausdruck Nystagmus mit Unrecht gebraucht werde. Bei Tabes findet man nicht selten, dass bei Abducenslähmung die Seitwärtsbewegung der Augen überhaupt erschwert ist. Dann aber treten in den Endstellungen nystagmusartige Zuckungen ein. Die Ursache ist wahrscheinlich die, dass nicht der N. abducens allein, sondern der Kern erkrankt und diese Kernerkrankung doppelseitig, auf einer Seite stark, auf der anderen schwach ist. *Ref.* hat mehrmals einseitige Abducenslähmung mit Unvollkommenheit der übrigen Seitwärtsbewegungen und nystagmusartigen Zuckungen in den Endstellungen bei Tabes gesehen, die er sich durch eine langsam fortschreitende Kernläsion erklärt. —

Burger (47) hat eine vortreffliche Monographie über die Kehlkopfstörungen bei Tabes geschrieben. Einer sorgfältigen Casuistik der Kehlkopflähmungen folgt die Beschreibung von mehreren neuen Beobachtungen. Unter 22 Tabeskranken fand B. 2 mit „Stimmband-Ataxie", 4 mit einseitiger Posticuslähmung, 1 mit doppelseitiger Posticuslähmung und Paralyse des einen Internus, 1 mit einseitiger Stimmbandlähmung; nur 1 Kr., gab an, früher Larynxkrisen gehabt zu haben. Magenkrisen hatten nur solche Kranke, die auch Kehlkopfstörungen hatten (5). Die Pulsfrequenz war in der Regel vermehrt, am meisten aber bei den Kranken mit Kehlkopfstörung (110 Pulse und mehr). Der von Oppenheim beschriebene Druckschmerz am inneren Rande des Sternocleidomastoideus wurde 3mal gefunden. Die Sensibilität des Kehlkopfes wurde bei allen Kranken sorgfältig geprüft, doch wurden keine Störungen gefunden. Die relativ grosse Zahl der Kehlkopfstörungen bei B.'s Kranken erklärt sich zum Theil daraus, dass B. alle ihm erreichbaren Tabeskranken laryngoskopisch untersuchte. Die einseitige Posticuslähmung macht keine Beschwerden, wird daher wahrscheinlich oft übersehen.

Bei der zusammenfassenden Schilderung der Kehlkopflähmungen betont B., dass weitaus am häufigsten Abduktorlähmungen sind. Von 71 Fällen sind 20 ohne nähere Angaben mitgetheilt worden. In 43 Fällen handelt es sich um Abduktorlähmung (35mal auf beiden Seiten, 8mal einseitig, und zwar 5mal links, 2mal rechts, 1mal ohne Angabe der Seite). Ausserdem handelt es sich meist um einseitige Recurrenslähmung. Doppelseitige Recurrenslähmung hat Marina 1mal beschrieben, doch vermuthet B., es habe nur Posticuslähmung vorgelegen.

Die Abduktorlähmung macht natürlich bei Tabes dieselben Symptome wie sonst. Oft sind die Athembeschwerden gering, treten nur nach Anstrengungen ein. Zuweilen besteht auch in der Ruhe Dyspnöe. Die meisten Autoren betonen, dass sich das pfeifende, stridoröse Athmen besonders beim Schlafen zeige. Wiederholt sind Anfälle von Erstickungsnoth beschrieben worden, auch Tod durch Erstickung. Von Störungen der Phonation wird nur ausnahmeweise berichtet und dann gelingt es in der Regel, eine Complikation (Chorditis, Lähmung der inneren Stimmbandmuskeln) zu entdecken.

Die Kehlkopflähmungen kommen in allen Stadien der Tabes vor, am häufigsten in der ersten Zeit. Sie entwickeln sich in der Regel allmählich, werden oft erst durch die Untersuchung kund gethan. Gewöhnlich tritt keine Heilung ein, wenigstens ist bisher kein Fall von Heilung bekannt. Die Behandlung hat hauptsächlich in der Anwendung beruhigender Mittel (Cocain) zu bestehen, da nur von dem sekundären Adduktorenkrampfe Gefahr droht.

Die Sensibilität des Kehlkopfes scheint fast immer ungestört zu sein. Dagegen wird zuweilen Steigerung der reflektor. Erregbarkeit der Rachenschleimhaut beobachtet und in der Regel sind die Adduktoren zu krampfhaften Zusammenziehungen geneigt. Motilitätstörungen im Bereiche des Laryng. sup. sind 2mal gefunden worden (Lähmung der Kehldeckel-Herabzieher, Kahler u. Eisenlohr).

Neben den Kehlkopflähmungen sieht man oft anderweite Vagus-Accessorius-Symptome: Beschleunigung des Pulses, Oppenheim's Druckschmerz, Lähmung der äusseren Accessorius-Muskeln, Magenkrisen.

Im 4. Capitel thut B. ausführlich dar, dass es sich bei der tabischen Posticuslähmung um wirkliche Lähmung mit Atrophie, zu der sekundäre

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Adduktoren-Contraktur hinzutritt, handelt, nicht um primäre Contraktur. Von den Adduktoren wird primär nur der M. thyreo-aryt. int. ergriffen.

Im 5. Capitel sucht B. nachzuweisen, dass es eine wirkliche Ataxie der Stimmbänder bei Tabes giebt. Er widerlegt die von Dreyfus u. A. erhobenen Einwände und theilt ausführlich seine eigenen 2 Beobachtungen mit.

I. Tabes-Paralyse. Demenz. Geringe Ataxie der Beine. Beim Hervorstrecken der Zunge unregelmässige plötzliche Bewegungen in ihr und der Oberlippe. Bei tiefer Athmung unregelmässige Bewegung, bei der Phonation ruckweise Annäherung der Stimmbänder. Normale Sensibilität und Reflexerregbarkeit des Kehlkopfes.

II. Tabes mit heftigen Magenkrisen. Unregelmässige Zungenbewegungen. Bei tiefem Athmen stossweise Abduktion der Stimmbänder. Keine Ataxie der Glieder.

[*Ref.* möchte wenigstens dagegen Bedenken äussern, dass die unregelmässigen, ruckartigen Stimmbandbewegungen der tabischen Gliederataxie gleichgestellt werden. Die eigentliche Ataxie ist eine Folge der verminderten Empfindlichkeit der tiefen Theile, hat mit Lähmung nichts zu thun. Die Stimmbandadduktoren aber dürften deshalb unregelmässig arbeiten, weil ihre Motilität geschwächt ist. Es liegt doch bei der Häufigkeit der Posticuslähmung, der Seltenheit der Kehlkopfanästhesie näher, die stossweisen Bewegungen als Vorstadium der Lähmung aufzufassen.]

Im 6. Capitel bespricht B. die Kehlkopfkrisen. Er selbst hat sie nie beobachtet. Mit Recht macht er darauf aufmerksam, dass sie offenbar unabhängig von den Kehlkopflähmungen sind. Semon nimmt an, dass ihnen eine gesteigerte Erregbarkeit im Kerngebiete der Adduktoren zu Grunde liege. Diese kann wohl die Erstickungsanfälle, wie sie bei Posticuslähmung vorkommen, erklären, aber die eigentlichen Larynxkrisen mit den Sensationen und dem Keuchhusten lassen Reizungsvorgänge in der sensibeln Sphäre der Oblongata voraussetzen.

Schliesslich ergiebt eine Uebersicht über die anatomischen Befunde, dass den Kehlkopflähmungen eine Degeneration der Vagus-Accessorius-Kerne oder -Fasern in der Oblongata zu Grunde liegt. Von den peripherischen Nerven wird der Recurrens, weniger der Vagus entartet gefunden, der Laryngeus sup. ist normal.

Ehrenberg (54) giebt eine eingehende Darstellung der Kehlkopfstörungen bei Tabes und als eigenen Beitrag die Beschreibung dreier Tabeskranken mit Kehlkopflähmung, die in C. Gerhardt's Abtheilung beobachtet worden sind.

I. Im 1. Falle bestand rechtseitige Recurrenslähmung. Der rechte M. sternocleidom. war etwas dünner als der linke. Der Puls schlug 90mal.

II. Doppelseitige Posticus-Parese und Internus-Paralyse. Die Bewegung des linken Stimmbandes bei der Phonation war kürzer als die des rechten. Der rechte M. sternocleidom. war dünner. Der Puls schlug 80mal. Es wurde hier eine Störung des Geschmackes gefunden: salzig galt links für sauer.

III. Rechtseitige Posticus- und Internus-Lähmung, links Recurrensparese. Ausserdem Parese der linken Gaumenhälfte, der linken Zungenhälfte und der linken Gesichtseite. Augenmuskellähmung. Puls 96. Der Kr. hatte früher 3 Erstickungsanfälle mit Kitzeln im Kehlkopfe gehabt, hatte keine Athemnoth, athmete aber im Schlafe laut.

Einen 4. Fall theilt Vf. im Anschlusse an die Besprechung der vollständigen Accessoriuslähmung mit.

IV. Hyperidrosis des Gesichts und der oberen Rumpfhälfte, besonders rechts. Atrophie der MM. sternocleidom. und cucullares (besonders der unteren Theile dieser), doppelseitige Posticus- und Internuslähmung, rechtseitige Recurrens-Parese. In der Nacht Anfälle von Athemnoth und Stridor. Mässige Schluckbeschwerden. Häufige kleine Magenkrisen.

Grabower (55) berichtet von einem Tabeskranken mit Larynxkrisen und Abduktorlähmung des linken Stimmbandes. Da bei tiefer Einathmung das in Cadaverstellung befindliche, schlaffe, linke Stimmband zitternd ein wenig nach aussen rückte, fehlte die Contraktur der Adduktoren. G. betont, dass auch seine Beobachtung gegen die Annahme eines primären Krampfes spreche.

Ilberg's (58) Beobachtung ist folgende.

53jähr. Arbeiter. Starkes Schwitzen der rechten oberen Körperhälfte (Kopf, Arm, Brust). Sehr starke Atrophie der Kopfnicker bis auf einen bindfadenstarken Strang und der Cucullares bis auf die Portio clavicularis (starke Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit). Druck auf den Oppenheim'schen Punkt zwischen Kopfnicker und Kehlkopf bewirkte nicht Schmerz, sondern Schlucken mit glucksendem Geräusche. Keine Gaumenlähmung. Bei ruhiger Athmung Unbeweglichkeit der Stimmbänder bei 3 mm weiter Glottis. Bei angestrengter Athmung geringe Bewegung des vorderen Theils der Stimmbänder nach innen. Aushöhlung des freien Randes der Stimmbänder. Bei der Phonation Zucken des rechten Stimmbandes, Adduktion des linken. Luftmangel und Husten, in der Nacht tönende Athmung. Links partielle Oculomotoriuslähmung und Opticusatrophie. Reflektorische Pupillenstarre. Mässige Anästhesie, Fehlen des Kniephänomens. Diastolisches Geräusch über den Aortenklappen.

Der Kr. litt seit 2 J. an der Lähmung der Schultern. Reissende Schmerzen waren erst später aufgetreten.

Der von Chvostek (51) beobachtete Tabeskranke zeigte ausser anderen auf die Kernregion deutenden Symptomen ein Zurückbleiben der linken Brusthälfte bei der Athmung, das sich während der Beobachtung entwickelte, während der Thoraxbefund im Uebrigen durchaus normal war.

Der 41jähr. Kr. litt seit 2 J. an Schmerzen u. s. w., seit 1 J. an Kehlkopfkrisen, zu denen dauernde Athembeschwerden hinzutraten, seit einigen Monaten an Doppeltsehen, Sausen und Schmerzen im Kopfe, Schwerhörigkeit, Kauschwäche und Schluckbeschwerden.

Bei der Aufnahme fand man, abgesehen von den typischen Tabessymptomen, rechts Riechschwäche, beiderseits Ptosis und partielle Lähmung der Oculomotoriusmuskeln des Bulbus, Hypästhesie im Bereiche des 1. Trigeminusastes, Kaumuskellähmung rechts, links Externuslähmung, rechts vollständige, links unvollständige Stimmbandlähmung, Fehlen des Würgereflexes, Unmöglichkeit, feste Speisen zu schlucken, Tachykardie.

Späterhin auch links Kaumuskellähmung, Parese des rechten unteren Facialisgebietes und das oben erwähnte Zurückbleiben der linken Thoraxhälfte.

Vf. nimmt an, dass die Störung der Athembewegung auf eine Läsion in der Nähe der Athemcentra der Oblongata zu beziehen sei.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Charcot (50) hat einen Kranken beobachtet, bei dem eine vollständige Bulbärparalyse Symptom der Tabes war, einen höchst seltenen Fall.

Der 41jähr. Kr., ein Seemann, hatte vor 12 J. Syphilis gehabt. Seit 6 J. litt er an anfallweise auftretender Kraftlosigkeit und langsam zunehmender Abmagerung. Vor 1½ J. hatte er bemerkt, dass die Spitze der Zunge und der linke Mundwinkel unempfindlich waren. Im Laufe von 4 Mon. breitete sich diese Unempfindlichkeit über das ganze Gesicht aus. Sehr bald zeigten sich auch Schlingbeschwerden, näselnder Klang der Stimme, Unfähigkeit zu pfeifen und deutlich zu sprechen. Seit 1 J. Doppeltsehen. Zweimal trat eine schwere Kehlkopfkrise auf: Kitzeln im Schlunde, Stridor, Gefühl der Erstickung, Niederfallen, 2 Min. dauernde Bewusstlosigkeit. Seit 8 Mon. Blasenbeschwerden. Seit 6 Mon. Gürtelgefühl.

Es bestand das vollständige Bild der Bulbärparalyse: Fibrilläre Zuckungen um den Mund, Speicheln, Anarthrie, Unfähigkeit, Festes zu schlucken, Parese der nur wenig atrophischen Zunge und des weichen Gaumens. Die Kehlkopfuntersuchung ergab eine Parese der Adduktoren. Die Haut des Gesichtes, die Schleimhaut des Mundes, der Nase, des Schlundes und des Kehlkopfes war hypästhetisch. In diesem Gebiete bestanden peinliche Parästhesien, es schien dem Kr., als ob die Haut zu enge wäre (Tabes-Maske). Die Bindehaut war auch hypästhetisch, die Cornea nicht. Lähmung und Atrophie der MM. temporales mit erloschener Erregbarkeit, Parese des M. masseter mit partieller Entartungsreaktion.

Rechts mässige Ptosis, Lähmung des Externus, des Internus, der Heber und der Senker, des M. ciliaris. Links nur Parese der Seitwärtswender und des M. ciliaris. Beim Seitwärtssehen beiderseits nystagmusartige Zuckungen. Beiderseits reflektorische Pupillenstarre. Keine Veränderung des Augenhintergrundes.

Am Körper fleckweise Anästhesie (Interscapularraum, Epigastrium, Geschlechtstheile und Damm). Parästhesien im Ulnarisgebiete. Schwäche der Blase und des Darms. Fehlen des Kniephänomens. Allgemeine Schwäche, Abmagerung und Anämie.

Ch. erinnert an den von Howard beschriebenen Fall (vgl. Jahrbb. CCXXV. p. 94), den einzigen, der dem seinigen ähnlich sei.

b) Verschiedenes.

65) Barrs, Destruction of nasal septum in tabes. Brit. med. Journ. April 9. 1892.

(Zerstörung des Septum narium bei einem 33jähr. Tabeskranken. Syphilis konnte ausgeschlossen werden!)

66) Bitot, É., et J. Sabrazès, L'analgésie et l'atrophie des testicules dans l'ataxie locomotrice progressive. Revue de Méd. XI. 11. p. 897. 1891.

67) Bonome, A., Tricofitiasi dermica a forma penfigoide e polineurite tricofitica in individuo affetto da tabe dorsale. Arch. per le sc. med. XVI. 5. p. 91. 1892.

68) Dubuc, Jean, Des douleurs fulgurantes tabétiques. Thèse de Bord. Bordeaux 1892. Impr. Vve. Cadoret. 4. 40 pp. 1 Mk. 70 Pf.

69) Fournier, A., Gangrène foudroyante d'un membre inférieur au cours d'une ataxie locomotrice. Mercredi méd. Juillet 12. 1893.

(Bei einem seit ca. 20 J. an milder Tabes leidenden 56jähr. Manne trat plötzlich Schmerz im linken Fusse mit Fieber ein. Rasche Ausbildung einer Gangrän am Fussrücken. Septisches Oedem am Beine. Fortdauerndes Fieber. Grosse Indolenz. Tod nach 7 Tagen.)

70) Frenkel, Fehlen des Ermüdungsgefühls bei einem Tabiker. Neurol. Centr.-Bl. XII. 13. 1893.

71) Gerhardt, C., Tabes mit Zwerchfellslähmung. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 16. 1893.

72) Grasset, Le vertige chez les ataxiques (symptôme de Romberg). Arch. de Neurol. XXV. p. 1. 195. Janv., Mars 1893.

73) Grasset, Des mouvements volontaires au repos chez les ataxiques. Nouv. Montpellier méd. 51—53. 1892. Voir Gaz. hebdom. Janv. 28. 1893.

(Bei einer tabeskranken Frau machten die Beine, besonders die Füsse in der Ruhe kleine Choreabewegungen. Gr. hat von einer ataxie du tonus gesprochen.)

74) Grosse, Kurt, Ueber Muskelatrophie bei Tabes dorsalis. Diss. Berlin 1892. Ref. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. XVI. p. 324. 1893.

(Atrophische Parese des linken Arms bei einer 52jähr. Tabeskranken. Besonders Schultergürtel und Vorderarm waren betroffen. Cucullares fast ganz geschwunden. Fibrilläre Zuckungen. Partielle Entartungsreaktion. Druckempfindlichkeit.)

75) Hildebrandt, Arthur, Ueber Tabes dorsalis im Kindesalter. Inaug.-Diss. Berlin 1892. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 31 S.

76) Joffroy, A., et Ch. Achard, Maladie de Basedow et tabes. Arch. de Méd. expérim. V. 3. p. 404. Mai 1893. (Vgl. Jahrbb. CCXL. p. 149.)

77) Lannois, M., Haphalgésie transitoire chez une tabétique. Revue de Méd. XII. 7. p. 567. 1892.

78) Lipkau, Heinr., Ueber atrophische Lähmungen bei Tabes dorsalis. Diss. Berlin 1892. Ref. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. XVI. p. 324. 1893.

(Linkseitige Peronäuslähmung bei beginnender Tabes, partielle Entartungsreaktion. Parese der Tibialismuskeln.)

79) Marie, Pierre, et Georges Marinesco, Coïncidence du tabes et de la maladie de Basedow. Revue de Neurol. I. 10. p. 250. Mai 1893. (Vgl. Jahrbb. CCXL. p. 149.)

80) Pitres, A., Gangrène spontané des orteils chez un tabétique. Revue de Neurol. I. 9. p. 202. 1893.

81) Placzek, S., Combination von Tabes dorsalis u. Paralysis agitans. Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 27. 1892. — Neurol. Centr.-Bl. XI. 1. p. 30. 1892.

82) Rosenbach, O., Zur Symptomatologie der Tabes. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. III. p. 149. April 1892.

83) Sacaze, Observation d'ataxie locomotrice avec atrophie musculaire et ataxie du tonus. Nouv. Montpellier méd. 1. 1893. Voir Gaz. hebdom. Janv. 28. 1893.

(Unwillkürliche grosse Bewegungen bei einem Tabeskranken; nahm man die Decke ab, so riskirte man, einen Fusstritt zu erhalten. Der Vf. bezieht sich auf die ataxie du tonus Grasset's.)

84) Scheiber, S., Hemiatrophia cruciata (*Virchow*) in einem Falle von Tabes dorsalis subacuta. Wien. klin. Wchnschr. V. 11. 1892.

(Bei einer 49jähr. Tabeskranken wurde Atrophie des rechten Arms, die an der Hand am stärksten war und hier alle Muskeln zerstört hatte, und Atrophie der linken Hälfte des Kopfes (des Skeletes, der Gesicht- und der Zungenmuskeln) gefunden. Die Kr. hatte im 3. J. eine schwere, mit Krampfanfällen verbundene Krankheit durchgemacht. Vf. nimmt eine Hemmung der Entwickelung, nicht eine Porencephalie an.)

85) Schultze, Fr., Ueber das Zusammenvorkommen von Tabes dorsalis u. Insufficienz der Aortenklappen. Sond.-Abdr. aus d. Sitz.-Ber. d. Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkde. zu Bonn, Sitzung vom 16. Mai 1892.

(Bei 2 Tabeskranken [34 u. 58 J.] fand Sch. Aorteninsufficienz. In einem 3. Falle schien ihm die Tabes-Diagnose nicht ganz sicher zu sein. Auch Sch. hält die Herzfehler und die Tabes für coordinirte Wirkungen der Syphilis. Er wendet sich gegen Leyden und zeigt die Unzulänglichkeit von dessen Einwendungen gegen den syphilitischen Charakter der Tabes.)

86) Souchay, Theod., Ein Fall von Tabes complicirt mit Herzaffektion u. Herderkrankung des Gehirns. Charité-Annalen XVIII. p. 752. 1893.

(52jähr. Schneiderin. Beginnende Tabes. Rechtseitige Hemiplegie. Herzhypertrophie, diastolisches und systolisches Geräusch, am stärksten über den Aortenklappen. Die Sektion bestätigte die Diagnose; ausser der Ent-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

artung der Hinterstränge und der Optici eine Cyste im linken Linsenkern.)

87) Stanowski, Ein Versuch, d. Ursache d. Ataxie b. Tabes dorsalis zu erklären. Intern. klin. Rundschau 17. 1892. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 4. p. 130. 1893.

(Die Ataxie soll Wirkung der „Herabsetzung der Erregbarkeit und der Abnahme der Fortpflanzungsgeschwindigkeit in den motorischen Nervenbahnen" sein.)

88) Tatartscheff, Bojirad A. C., Die Urogenitalstörungen bei Tabes dorsalis. Diss. Berlin 1892. Ref. Neurol. Centr.-Bl. XI. p. 675. 1892.

(Unter 35 Tabeskranken Mendel's hatten 11 normale Hoden, 4 Analgesie, 4 Hyperästhesie, 9 Hypästhesie, 7 Hypästhesie des Penis, 2 Atrophie beider Hoden, 2 Atrophie eines Hoden, 15 Incontinenz, 1 Ischuria paradoxa, 3 Retentio, 11 Impotenz, 5 Fehlen des Cremasterreflexes. Letzteres traf nicht mit der Analgesie der Hoden zusammen.)

89) Wiener, Julius, Ueber einen Fall von Morbus Basedowii mit Tabes incipiens. Inaug.-Diss. Berlin 1891. Druck v. Schade. 8. 31 S. 1 Mk. (Vgl. Jahrbb. CCXXXVI. p. 19.)

90) Wood, Horatio C., Adénopathie et cardiopathie tabétiques. Semaine méd. XIII. 7. 1893.

Jean Dubuc (68) hat unter Pitres' Leitung bei 115 Tabeskranken sich über die Blitzschmerzen zu unterrichten gesucht. Ihre Kennzeichen sind nach ihm folgende. Sie treten in Anfällen auf, die aus einer Reihe von kurzen, lebhaften Schmerzen bestehen. Diese werden am häufigsten mit Messerstichen oder elektrischen Schlägen verglichen. Die Dauer des Anfalles beträgt zuweilen nur einige Minuten, in der Regel 12—24 Stunden, ausnahmeweise mehrere Tage (bis 12). Am häufigsten werden zwar die Beine befallen, doch wird kein Theil des Körpers verschont. Von den 115 Kranken wollten nur 4 gar keine Blitzschmerzen gehabt haben, einer gab nur Formikation an, 1 Anfälle von Muskelmüdigkeit, schmerzlose Zuckungen und Eingeschlafensein der Glieder, 1 Muskelerschlaffung ohne Schmerz, 1 unbestimmte schmerzhafte Empfindungen in den Beinen. Bei 49 Kr. waren die Blitzschmerzen das erste Tabes-Symptom gewesen, und zwar waren bei 28 von vornherein vollständige Anfälle aufgetreten, während bei 21 anfangs nur einzelne Stiche u. s. w. sich gezeigt hatten. Bei 62 Kr. waren die Schmerzen erst gekommen, nachdem schon andere Beschwerden (Parästhesien, Crampi, accès de courbature u. s. w.) vorausgegangen waren.

Als Heilmittel hat sich am meisten das Acetanilid bewährt. In schweren Fällen ist Morphium unentbehrlich. Vf. empfiehlt schliesslich die Thermen von La Malou.

Pitres hat als Haphalgesie eine Erscheinung bei Hysterischen beschrieben, die darin besteht, dass die Kranken die Berührung bestimmter Stoffe (Metalle, Porzellan u. s. w.) als lebhaften Schmerz empfinden. Lannois (77) hat dieselbe Erscheinung vorübergehend bei einer Tabeskranken gesehen. Es ist wohl kein Zweifel, dass es sich auch hier um Hysterie gehandelt hat, obwohl der Autor geneigt ist, das Symptom auf die Tabes zu beziehen.

Bei der 37jähr. Kr. trat eine Parese der linken Hand mit Anästhesie „en manchette" auf. Die Berührung von Kupfer erregte Schmerz. Wurden kleine Metallstückchen aufgelegt, so fühlte die Kr. Zink, Blei, Eisen u. s. w. gar nicht, während sie bei Kupfer schreiend die Hand zurückzog. Allmählich verschwanden diese Zufälle wieder.

Grasset (72) ist der Meinung, Romberg's Zeichen deute nicht auf Anästhesie, sondern sei eine Art von Schwindel. Seine Ursache sei der plötzliche Uebergang von Helligkeit zu Dunkelheit.

G. stützt sich auf die Beobachtung eines Tabeskranken mit subakuter Ataxie, der schwankte, sobald er die Augen schloss, nicht schwankte, wenn er nach oben sah oder wenn durch eine Pappe die Aussicht auf den Boden genommen wurde und bei dem scheinbar keine Anästhesie bestand.

Das Wesentliche ist, dass der letztere Nachweis mangelhaft ist. Die Empfindlichkeit der tiefen Theile ist nur durch Auflegen und Hebenlassen von Gewichten geprüft worden.

Man muss G. Recht geben darin, dass der Tabeskranke nicht seine Füsse zu sehen braucht. Aber der Beweis seines Satzes ist ihm nicht gelungen. Die richtige Auffassung ist wohl die, dass wenn die Empfindlichkeit der tiefen Theile (Gelenke u. s. w.) vermindert ist, die Orientirung im Raume durch die Augen noch mehr Bedürfniss ist als sonst.

Frenkel (70) beschreibt einen 38jähr. Tabeskranken, der in den Armen die Ermüdung nicht fühlte. Er konnte z. B. die Arme bis zu 25 Min. frei schwebend halten ohne müde zu werden. Die Hypästhesie war mässig, die Empfindlichkeit der tiefen Theile leidlich erhalten.

Rosenbach (82) erinnert daran, dass der Bauchreflex bei Tabeskranken auffallend lebhaft sei und dass Tabeskranke nicht im Stande seien, bei geschlossenen Augen auf den Zehen zu stehen. Beide Erscheinungen sind nach R. sehr frühzeitig vorhanden und können die Diagnose sichern.

C. Gerhardt (71) hat Zwerchfelllähmung bei Tabes beobachtet.

Die 45jähr. Kr. litt, ausser an den gewöhnlichen Tabes-Zeichen, an Anfällen von Athemnoth, die in der Woche 2—3mal auftraten, etwa 5 Minuten dauerten und von einem langgezogenen Tone beim Einathmen begleitet waren.

Die Weite der Stimmritze betrug beim Athmen „hinten höchstens 3—4, an den Stimmfortsätzen 2.5 bis 3 mm". Sie nahm beim Einathmen etwas ab. Die Larynxanfälle wurden durch Cocainisiren der Nase abgeschnitten. Kopfnicker und Rand des Cucullaris sehr atrophisch, auch die übrigen Halsmuskeln schlaff und dünn. Die Zunge zitterte, war links dünner und weicher als rechts.

„Bei ruhigem Athmen ist der Rand des Zwerchfells an der 6. Rippe in der Papillarlinie. Man sieht keine Athembewegung in der Magengrube, die Flanken werden wenig bewegt, zuweilen etwas eingezogen beim Einathmen. Wölbt die Kr. den Rücken stark und athmet gewaltsam tief ein, so tritt auch sichtbar Erweiterung der Thoraxbasis und der Magengrube ein. In aufrechter Stellung tritt die Zwerchfellsgrenze (rechter Lungenrand) etwas tiefer herab. Drückt man auf die Magengrube stark nach aufwärts, so tritt das Zwerchfell um 3.5 cm den Raum einer Rippe und eines Zwischenrippenraumes hinauf. Jede Zwerchfellsbewegung lässt sich schon durch leichten Druck mit der Hand auf das Epigastrium aufheben. Bei leisem Einathmen tritt der untere Leberrand

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

um 1—1.5 cm nach oben. Faradisation der Phrenici hat keinen oder sehr geringen Erfolg."

Obwohl die Lähmung des Zwerchfells offenbar nicht vollständig war, konnte doch an ihrem Vorhandensein nicht gezweifelt werden. G. betont als diagnostisch wichtig: die Aufhebung der Zwerchfellwirkung durch leichten Druck der Hand, das Hinauftreten des unteren Leberrandes bei tiefer Athmung und beim Aufrichten, die Möglichkeit, durch Druck der Hand den unteren Lungenrand nach oben zu verschieben.

Bemerkenswerth ist die Verbindung der Lähmung des Zwerchfells mit der der Stimmband-Abduktoren, der äusseren Accessoriusmuskeln und der übrigen Halsmuskeln und der Zungenhälfte.

Ref. hat schon früher, bei Besprechung der Mittheilung Strümpell's, eine Beobachtung von Radialislähmung bei Tabes mitgetheilt (Jahrbb. CCXVII. p. 87) und dabei die Vermuthung ausgesprochen, dass die „latente" Nervendegeneration das Eintreten der Lähmung auf geringe Schädigungen hin erleichtern möchte. Die tabischen Radialislähmungen würden daher als traumatische anzusehen sein und die Tabes würde nur die Prädisposition liefern. In dieser Auffassung findet sich *Ref.* durch einen neuen Fall bestärkt.

Der Kranke, ein 42jähr. Lehrer, hatte 1880 Syphilis (Ulcus, Hautausschlag, Halsgeschwüre) gehabt. Seit 2 Jahren reissende Schmerzen in Armen und Beinen, Blasenbeschwerden, Impotenz, Unsicherheit im Dunkeln, rasches Ermüden bei jeder Thätigkeit. Die Untersuchung ergab reflektorische Pupillenstarre, Fehlen des Kniephänomens rechts, Schwanken bei Augenschluss, leichte Anästhesie der tiefen Theile an Beinen und Armen. Der Kr. hatte in 2 Jahren 30 Pfund verloren und fühlte sich immer sehr müde. Kam er nach Hause, so schlief er oft im Sitzen ein. So war es ihm vor 6 Tagen gegangen, er war am Tische sitzend mit einem Buche in der Hand eingeschlafen und hatte etwa 1 Stunde lang geschlafen. Als er erwachte, war ihm das Buch aus der Hand gefallen, die linke Hand stützte den Kopf in Streckstellung, der linke Ellenbogen war aufgestützt. Die ganze linke Hand war unempfindlich und kaum beweglich. Nach ca. 2 Stunden war die Empfindlichkeit wieder ganz normal, aber der Kr. blieb unfähig, die Hand zu strecken. Seitdem allmähliche Besserung. *Ref.* fand eine Parese aller Radialismuskeln links (mit Ausnahme des Triceps) ohne wesentliche Veränderung der elektrischen Erregbarkeit (d. h. die faradische Erregbarkeit des Nerven war etwas vermindert, die galvanische Nerven- und Muskelerregbarkeit normal, der Nerv überall erregbar). Die Muskeln waren nicht druckempfindlich. Heilung trat in 4 Wochen ein.

Bitot und Sabrazès (66), auf deren Angaben schon im letzten Berichte (Jahrbb. CCXXXIII. p. 83) kurz hingewiesen worden ist, haben unter Pitres' Leitung die zuerst von G. E. Rivière (Thèse de Bordeaux, 1886) beschriebene Unempfindlichkeit der Hoden bei Tabeskranken untersucht. Drückt man den Hoden eines gesunden Mannes mit den Fingern zusammen, so entsteht ein eigenthümliches Schmerzgefühl, das bei wachsendem Drucke unerträglich wird und zu Ohnmacht führen kann. Die Vff. untersuchten 37 Tabeskranke; jenes Schmerzgefühl war nur bei 9 in normaler Weise vorhanden, es war auf 1 Seite vermindert 2mal, auf beiden Seiten vermindert 8mal, fehlte auf einer Seite 1mal, auf beiden Seiten 17mal. Die einzelnen Krankengeschichten werden kurz wiedergegeben. Es geht daraus hervor, dass die Hoden-Analgesie um so ausgeprägter ist, je weiter die Tabes fortgeschritten ist. Von den 9 Kr. ohne Analgesie waren nur 2 ataktisch, von den 10 mit verminderter Empfindlichkeit waren 8 ataktisch, die mit Analgesie waren alle ataktisch oder gar paraplegisch. Neben der Unempfindlichkeit bestanden ungefähr entsprechende Störungen der geschlechtlichen Funktion. Von jenen 9 waren nur 3 impotent, 1 hatte langsame Erektion. Von der 2. Gruppe waren 7 fast oder ganz ohne Libido, 2 hatten Spermatorrhöe und vorzeitige Ejakulation, 6 hatten nur schwache oder keine Erektion. Von denen mit Analgesie hatten 15 keine Erektion, 10 keine Libido. Der Hoden-Reflex (d. h. wohl der Cremaster-Reflex) war, wenn er geprüft worden war, meist erloschen. Bei der 3. Gruppe war er 2mal normal trotz Impotenz, 6mal erloschen. Die Haut des Scrotum war zuweilen auch bei Hodenanalgesie empfindlich. Atrophie der Hoden wurde 5mal gefunden (1mal hatte sie schon vor der Tabes bestanden). Die atrophischen Hoden waren weich, glichen einer trockenen Mandel oder einer Bohne.

Die Vff. haben die Hodenempfindlichkeit bei vielen Kranken mit anderweiten Nervenkrankheiten (Hirnherden, Myelitis, Syringomyelie, multipler Sklerose u. s. w.) geprüft. Sie haben nur 3mal Hypalgesie, 4mal Analgesie der Hoden gefunden, alle 7 Kr. waren Paralytische und 5 hatten deutliche tabische Symptome. Bei 22 Männern mit Hysterie hatte nur 1 Hoden-Analgesie. Bei Greisen wurde sie nicht gefunden, obwohl oft etwas Atrophie vorhanden war. Es ist also thatsächlich die Hodenanalgesie fast ausschliesslich Symptom der Tabes.

In 2 Fällen, die ausführlicher beschrieben werden, konnten die Vff. die anatomische Untersuchung ausführen. Es handelte sich um alte Tabeskranke mit Analgesie und Atrophie der Hoden. Die Nerven des Samenstranges waren offenbar etwas atrophisch, doch fehlten alle gröberen Veränderungen. In den Hoden war das Zwischengewebe vermehrt, das Epithel zum Theil verändert, zum Theil geschwunden.

Pitres (80) hat tiefgehende Gangrän der Füsse bei einem Tabeskranken beobachtet und bei der anatomischen Untersuchung die Unversehrtheit der Gefässe einerseits, die Entartung der peripherischen Nerven andererseits nachgewiesen.

Ein 1845 geborener Mann hatte mit 16 J. Syphilis gehabt. Im J. 1875 war nach einer „Dysenterie" Ischurie eingetreten, 1876 litt der Kr. an Magenschmerzen, 1880 begannen die Blitzschmerzen in den Beinen. Im J. 1882 fand P.: Romberg's Zeichen, Fehlen des Kniephänomens. Im J. 1885 traten Gürtelgefühl, Hypästhesie der Füsse, reflektorische Pupillenstarre hinzu und es entwickelte

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

sich an jeder grossen Zehe ein kleines mal perforant. Im December 1885 klagte der Kr. über eine neue Erscheinung: In der Kälte starben die Zehen ab, in der Wärme wurden sie blauroth und Sitz unerträglicher brennender und stechender Schmerzen. Im Frühjahr verschwand das quälende Uebel, kehrte aber in den nächsten Wintern wieder und wurde mit jedem Jahre schlimmer. Die blaurothen Zehen waren stark geschwollen und es bildeten sich auf ihnen Bläschen. Dabei bestanden sehr arge Blitzschmerzen in den Beinen, dem After, den Geschlechtstheilen. Im December 1889 wurden alle Zehen des rechten Fusses und die grosse Zehe des linken Fusses schwarz. Als der Kr. im Januar 1890 in das Hospital kam, hatte sich schon eine Demarkation gebildet. Auf dem Fussrücken bestanden einige Blasen, doch war hier die Haut nicht unempfindlich und die Blasen heilten ab. Alle Arterien pulsirten in normaler Weise. In den nächsten Monaten wurden die todten Theile abgestossen und es trat langsam Vernarbung ein. Der nächste Winter verging leidlich. Im April 1891 starb der Kr. plötzlich.

Im Rückenmarke und in den hinteren Wurzeln die gewöhnlichen tabischen Veränderungen. Die Arterien der Beine waren ganz normal. Im Ischiadicus keine entarteten Fasern, aber viele solche in den Nerven der Unterschenkel. Die für die Zehen bestimmten Zweige enthielten fast nur entartete Fasern.

P. weist auf die ähnlichen Beobachtungen von Joffroy und Achard (vgl. Jahrbb. CCXXV. p. 86) und von Kornfeld hin.

Uebrigens sei in dem neuen Falle P.'s die Nervendegeneration weniger stark gewesen, als in den 1885 von P. und Vaillard beschriebenen Fällen. Es erkläre sich dies wohl dadurch, dass seit Abstossung der gangränösen Theile eine ziemlich lange Zeit verflossen war. Die regenerativen Vorgänge hatten Zeit zur Entwickelung gehabt.

Ein seltsames Symptom beschreibt Wood (90) als „crises tabétiques lymphopathiques".

Bei einem 68jähr. Manne bestanden Myosis und „umgekehrtes Zeichen Argyll-Robertson's" (Starrheit der Pupillen bei Accommodation, schwache Lichtreaktion), Romberg's Zeichen, Ataxie, Parästhesien, Hypästhesie mit Verspätung der Empfindung, Fehlen des Kniephänomens. Der Kr. hatte eine Magenkrise gehabt und litt seit ½ Jahre an folgenden Anfällen. Er empfand ein peinliches Gefühl am Kieferwinkel. Einige Stunden später trat plötzlich ein überaus heftiger Schmerz ein, so dass der Kr. sich laut schreiend am Boden wälzte. Bald schwollen die Drüsen der befallenen Gegend an und die Haut darüber wurde roth. Nach einigen Tagen verschwand die Geschwulst wieder. Am häufigsten war „die Krise" auf die Drüsen des Halses beschränkt, sie hatte aber auch die der Achsel und der Leistengegend ergriffen. Bei der Untersuchung waren am Halse einige taubeneigrosse, harte, nicht empfindliche Drüsen zu fühlen. Die Leisten-Drüsen, die im letzten Anfalle hühnereigross gewesen waren, konnten nicht gefühlt werden.

Eine 2. Beobachtung W.'s betrifft einen Tabeskranken, bei dem die Zeichen eines Herzfehlers und sehr schmerzhafte Anfälle von Angina pectoris bestanden. Die Schmerzen strahlten nach der Achsel und nach dem Bauche zu aus, waren mit Brechneigung und ausserordentlicher Aufregung verbunden.

Placzek (81) beschreibt einen 52jähr. Mann, der vor 10 Jahren an Tabes erkrankt war und bei dem sich 3 Jahre später eine von den Beinen ausgehende Paralysis agitans entwickelt hatte. Haltung und Gang wurden von letzterer Krankheit bestimmt, Ataxie bestand nicht.

P. hat in der Literatur nur einen ähnlichen Fall gefunden (Heimann, Ueber Paralysis agitans. Diss. Berlin 1888) und in diesem sei die Diagnose der Paralysis agitans unsicher gewesen.

A. Hildebrandt (75) hat unter Mendel einen Fall von Tabes bei einem jungen Mädchen beobachtet.

Die zur Zeit 21jähr. Pat. war als Kind gesund gewesen. Im 9. Lebensjahre waren nach einem Falle auf den Hinterkopf reissende Schmerzen in den Gliedern eingetreten, die seitdem von Zeit zu Zeit wiederkehrten. Bald traten auch Kopfschmerzen, Blasenbeschwerden ein. Im 12. J. fiel die Kr. vom Sopha, auf dem sie lag und blieb ½ Tag bewusstlos. Sie bekam dann Doppeltsehen. Die Sehkraft nahm rasch ab und seit dem 14. J. war die Kr. ganz blind. Im 19. J. steigerten sich die vorher mässigen Gehbeschwerden rasch und die Kranke wurde bettlägerig.

Die Kranke war blass und mager. Im Brusttheile Kyphoskoliose. Die Pupillen waren ganz starr. Lähmung beider MM. externi. Beim Versuche, zu fixiren, Augenzucken. Atrophia N. optici.

Ataxie der Arme und der paretischen Beine. Hypästhesie der Beine. Hyperästhesie der Rückenhaut. Fehlen des Kniephänomens. Incontinenz der Blase.

Es gelang nicht, Syphilis der Eltern nachzuweisen. Ueber den Zustand der Zähne der Kr. wird nichts angegeben.

c) *Gelenk- und Knochenerkrankungen.*

91) Charcot, J. M., Arthropathies coxo-fémorales. Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. V. 3. p. 121. Mai—Juin 1892.

92) Charcot, Arthropathies précoces dans le tabes dorsalis. Semaine méd. XII. 11. 1892.

93) Clark, H. E., Case of trophic arthritis of knee (Charcot's disease). Glasgow med. Journ. XXXVIII. 3. p. 221. Sept. 1892.

94) Collier, W., and G. N. Pitt, A case of Charcot's disease of the knee-joint.

(41jähr. Frau. Tabes-Paralyse. Entwickelung der Arthropathie während Bettliegens in 6 Monaten. Genaue anatomische Beschreibung. Zerstörung der Bänder und Knorpel, starke Usur der Knochen. Pitt fand im Lendenmarke das rechte Vorderhorn und seine Zellen schmächtiger als links: das linke Knie war betroffen.)

95) Durand, Léon, Considérations sur les fractures spontanées dans le tabes. Thèse de Paris 1893.

96) Klemm, Paul, 2 Fälle von Pied tabétique. Petersb. med. Wchnschr. N. F. IX. 28. 1892.

(2 gute Beobachtungen. Bei beiden Kr. waren ausser der Erkrankung der Fusswurzelknochen Frakturen des Unterschenkels im unteren Drittel vorgekommen.)

97) Krogius, A., Arthropathia tabica. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 2. 1893. Ref. in Revue neurol. I. 9. p. 231. 1893.

(3 Fälle von Kniegelenk-Erkrankung bei Tabes. In 1 Falle wurde eine Resektion ausgeführt. Verdickung der Kapsel und der villösen Synovialis. Zerstörung des Knorpels und der Bänder. Usur und Hypertrophie der Knochenenden. Es trat Eiterung ein und die Oberschenkel-Amputation wurde nothwendig.)

98) Londe, P., Sur un cas d'arthropathie tabétique des 2 hanches. Nouv. Iconogr. de la Salp. VI. 3. p. 145. Mai—Juin 1893.

99) Marie, Pierre, Des arthropathies tabétiques. Gaz. hebd. 2. S. XXIX. 20. 1892.

(Abdruck aus M.'s Vorlesungen über die Krankheiten des Rückenmarks.)

100) May, Theodor, Ueber Arthropathia tabica.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Inaug.-Diss. Kiel 1891. Gnevkow u. v. Gellhorn. 8. 20 S. 80 Pf.

(Erkrankung des Kniegelenks bei einer 62jähr. Tabeskranken. Resektion und Nagelung der Knochenenden. Nach 14 Tagen Tod [Pyelonephritis und Decubitus]. — Uebersicht über die Literatur.)

101) Moullin, C. Mansell, A case of Charcot's disease (?) of tarsus. Clin. Soc. Transact. XXV. p. 283. 1892.

(Tabesfuss bei beginnender Tabes [?] ohne deutliche anderweite Symptome.)

102) Rivington, Walter, Fracture in connexion with tabes dors., syphilis and paraplegia. Lancet I. 9. p. 473. March 4. 1893.

(5 Fälle von Knochenbruch aus geringen Anlässen bei Tabeskranken. Der Bruch war immer in der Nähe des Gelenks: 1mal neben dem Humerushalse, 3mal Schenkelhals, 1mal Bruch der Tibia unterhalb des Knies. 2mal [Schenkelhals] trat keine Vereinigung ein, 2mal bildete sich ein grosser Callus.

Eine ziemlich lange Verhandlung folgte dem Vortrage.)

103) Sick, Erkrankung d. Kniegelenks b. Tabes; Resektion. Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 45. p. 1021. 1892.

104) Sterne, Albert E.. Arthropathia tabidorum. Inaug.-Diss. Berlin 1891.

(1 neue Beobachtung: Kniegelenkerkrankung bei Tabes-Paralyse. Vf. sieht die nächste Ursache der tabischen Arthropathien in der Entartung der peripherischen Nerven.)

105) Sterne, Albert E., Arthropathia tabidorum (Charcot's joint disease). New York med. Record XLIII. 4. p. 100. Jan. 1893.

(Ausführliche gute Besprechung der tabischen Gelenkleiden und Knochenbrüche. Nichts Neues.)

106) Targett, J. H., Charcot's disease of both knee-joints. Pathol. Soc. Transact. XLII. p. 269. 1891.

107) Widiez, Georges, De l'arthropathie tabétique considérée surtout au point de vue de l'intervention chirurgicale. Thèse de Paris 1892. Paris. Henri Jouve. 4. 30 pp. 1 Mk. 80 Pf.

Bemerkenswerth ist die Beobachtung Charcot's (91) von frühzeitiger doppelseitiger Hüftgelenkserkrankung bei Tabes.

Ein 28jähr., bis dahin gesunder Mann hatte bei einer militärischen Uebung einen dumpfen Schmerz in der Hüftgegend bekommen und hatte begonnen zu hinken. Er hatte sich noch 4 Tage fortgeschleppt, dann war eine Coxitis beider Seiten gefunden worden.

Man fand in der Salpêtrière Pupillendifferenz und reflektorische Starre; Blasenstörung und Blitzschmerzen waren seit der Gelenkerkrankung auch aufgetreten. Endlich bestand die „Tabes-Maske". Unter diesem Ausdrucke versteht Ch. eine peinliche Parästhesie im Trigeminusgebiete, bei der es den Kr. vorkommt, als besässen sie nur noch die hintere Hälfte des Kopfes. Der Pat. hatte seit seiner Erkrankung 5 cm der Körperlänge eingebüsst; das Becken war sozusagen nach abwärts gerutscht, so dass der Abstand der Trochanteren vergrössert war und die die Spin. sup. il. verbindende Wagrechte mit der die Trochanteren verbindenden zusammenfiel.

Ganz ähnlich ist der Fall P. Londe's (98).

Bei dem 41jähr. Kr., der seit 8 J. an Tabes litt, war 1889 das linke, 1891 das rechte Hüftgelenk erkrankt. Auch hier war das Becken herabgerutscht. Der Kr. konnte an 2 Stöcken gehen. Es traten von Zeit zu Zeit Magenkrisen auf.

Früher hat O. Kraemer einen ähnlichen Fall beschrieben (vgl. Jahrbh. CXCVI. p. 87).

Widiez (107) berichtet über die Amputation eines Tabesfusses, die einen guten Stumpf lieferte, bespricht die übrigen vorliegenden Erfahrungen und kommt zu folgenden Schlusssätzen. Chirurgische Eingriffe scheinen den Verlauf der Tabes nicht zu beschleunigen. Die Tabeskranken scheinen für infektiöse Keime einen günstigen Boden zu bieten, es müssen daher alle Maassregeln gegen Sepsis besonders sorgfältig getroffen werden. Die Arthrotomie, die bei reichlichem, nicht zur Aufsaugung kommendem Ergusse angezeigt ist, hat gute Ergebnisse geliefert. Die einfache Punktion hat fast immer zu Rückfällen geführt. Die Neigung zum Zerfall der Knochenenden macht es erklärlich, dass die durch Resektion angestrebte Ankylose oft nicht eintritt. Das Ergebniss der Amputation war fast immer gut. Die Verhärtung der Gewebe nöthigt zur Bildung grosser Lappen. Diese pflegen lebensfähig zu sein. Nichtsdestoweniger ist es empfehlenswerth, womöglich ausserhalb des Bereiches der causalen Neuritis zu operiren. Da die Gefässe von sklerotischem Gewebe umgeben zu sein pflegen, treten während der Operation oft Blutungen ein. Bei kachektischem Zustande ist jeder chirurgische Eingriff zu vermeiden.

Durand (95) hat eine Uebersicht über unsere Kenntnisse von den Knochenbrüchen bei Tabes geliefert. Er bespricht zuerst die Geschichte dieser Lehre. Die Knochenbrüche sind nicht häufig bei Tabes, es sind nach D. bis jetzt 30 und einige Fälle (abgesehen vom Tabesfusse) beschrieben worden. Unter 42 Brüchen kamen 17 auf das Femur, 10 auf den Unterschenkel, 6 auf den Vorderarm, 3 auf das Schlüsselbein, 2 auf den Oberarm, je 1 auf Schulterblatt, Becken, Unterkiefer, Rippen. Unter 32 Kr. hatten 12 Arthropathien. Auch D. betont die auffallende Häufigkeit der Weiber unter den Tabeskranken mit Brüchen.

In der Regel tritt der Bruch rasch und unerwartet ein, bald nach geringen Anstrengungen, bald bei Bewegungen ohne jede Anstrengung. In selteneren Fällen gehen Schmerzen am Orte des Bruches, Parästhesien, Röthung, Oedem voraus. Die Schmerzen sind entweder lancinirende, oder sie deuten auf eine Periostitis. Die Brüche können in jedem Stadium der Tabes eintreten. Bald kommt nur 1 Bruch zu Stande, bald wiederholt sich das Unglück bei demselben Kranken. Das Hauptkennzeichen des tabischen Bruches ist seine mehr oder weniger vollständige Schmerzlosigkeit. Von ihr hängt die geringe Störung der Funktion ab. Die Crepitation fehlt. Als positive Zeichen sind zu nennen abnorme Beweglichkeit, Deformation, Ekchymosen, Oedem. Die oft auffallend starke Callusbildung erklärt sich durch die bei der Analgesie mögliche starke Reibung der Fragmente an einander. Die Heilung erfolgt gewöhnlich ohne Schwierigkeit, doch nicht sehr viel rascher als bei gewöhnlichen Brüchen.

D. beschreibt als Zwischenform zwischen Bruch und Gelenkleiden den Tabesfuss und die tabische Erkrankung der Wirbelsäule, ohne Neues beizubringen.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Bei der Diagnose hat man nicht zu vergessen, dass bei Tabeskranken auch gewöhnliche Brüche (d. h. solche ohne vorausgehende Knochenbrüchigkeit) vorkommen können. Ferner ist die Verwechselung mit den Frakturen bei Syringomyelie zu vermeiden. Die auffallende Schmerzlosigkeit lässt an Tabes und an Syringomyelie denken, die weiteren Symptome müssen entscheiden.

Die Uebersicht über die Angaben der Autoren über die histologischen, bez. chemischen Veränderungen der Knochen, über die Theorien, von denen die eine die Markerkrankung, die andere die Entartung der peripherischen Nerven verantwortlich macht, enthält nichts Neues.

Unter den der Arbeit folgenden 31 Krankengeschichten befinden sich 2 neue.

I. 61jähr. Tabeskranke. Bruch des rechten Femur beim Aufstehen vom Stuhle, 3 J. später des linken Femur beim Umwenden im Bette. Heilung mit Callus. Keine Ataxie.

II. 68jähr. Tabeskranke. Bruch des rechten Oberarms beim Aufstützen. Grosse Ekchymose, kein Oedem, keine Crepitation, keine Schmerzen. Ataxie der Beine. Eigenthümliche Verunstaltung der Füsse.

Diagnostisches.

108) Blocq, Paul, et J. Onanoff, Sur un cas d'association tabéto-hystérique. Tabes supérieur incipiens, avec lésions des noyaux bulbaires. Arch. de Méd. expérim. IV. 3. p. 387. Mai 1892.

109) Chabbert, L., Cas de tabes à début céphalique caractérisé par la lésion des 2me, 3me, 4me, 5me et 6me. paires crâniennes. Progrès méd. XX. 20. 1892.

(Bei einer offenbar Inficirten trat links Trigeminusneuralgie ein, der Anästhesie folgte. Dann Lähmung aller Muskeln des linken Auges und Amaurose durch Opticusatrophie. Keine weiteren Symptome. Für Tabes sprach der Charakter der Schmerzen und der Opticusatrophie, gegen Tabes u. A. die Existenz von Exophthalmus sin. und Schwellung der Lider. Basale Meningitis?)

110) Charcot, Association hystéro-tabétique. Mercredi méd. 50. 1891.

(Vorstellung einer hysterischen Tabeskranken. Erörterung der Diagnose. Betonung der Wichtigkeit der reflektorischen Pupillenstarre.)

111) Dejerine, J., Sur le nervo-tabes périphérique: ataxie locomotrice par névrites périphériques avec intégrité de la moelle épinière. Semaine méd. XIII. 20. 1893.

(Ueber die tabesähnliche Neuritis und die Differentialdiagnose zwischen ihr und der Tabes. Bemerkenswerth ist, dass auch D. die reflektorische Pupillenstarre ausschliesslich bei Tabes, bez. progressiver Paralyse gefunden hat.)

112) Ewald, C. A., Ein unter dem klin. Bilde der Tabes verlaufender Fall von syphilit. (?) Rückenmarkserkrankung. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 12. 1893.

113) Fournier, A., Recherche de l'ataxie naissante. Bull. méd. 1892. Nr. 11. Ref. Neurol. Centr.-Bl. XI. p. 178. 1892. (Bekanntes.)

114) Guinon, Georges, et A. Souques, Association du tabes avec le diabète sucré. Arch. de Neurol. XXII. p. 307. 1891. XXIII. p. 48. 181. Janv., Mars 1892.

115) Jegorow, Ein Fall von Syringomyelie. Neurol. Centr.-Bl. X. 13. p. 406. 1891.

(Am Rückenmarke eines Tabeskranken wurden ausser tabischer Läsion syphilitische Meningitis und Spalten im Rückenmarke mit lokaler Hyperplasie der Neuroglia gefunden.)

116) Lloyd, James Hendrie, Forms of pseudotabes due to lead, alcohol, diphtheria etc. Philad. med. News LX. 14. p. 368. April 1892.

117) Mann, Ludwig, 2 Fälle von Syringomyelie, nebst Bemerkungen über d. Vorkommen d. tabischen Symptomencomplexes b. denselben. Deutsches Arch. f. klin. Med. L. p. 112. 1892.

(Im 1. Falle bestanden bei einer Frau ausser den Zeichen der Syringomyelie die der Tabes. Vf. nimmt Gliose der Hinterstränge an, doch kann bei der [inficirten] Kr. auch wirkliche Tabes neben der Syringomyelie bestanden haben. Die Pupillenstarre ist wegen der Synechien nicht recht verwerthbar. Im 2. Falle kommt Tabes nicht in Frage.)

118) Nonne, M., Klin. u. anatom. Untersuchung eines Falles von Pseudotabes alcoholica. Jahrbb. d. Hamb. Staats-Kr.-Anst. II. p. 91. 1892.

119) Nonne, M., Ein Fall von typ. Tabes dorsalis u. centraler Gliose b. einem Syphilitischen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXIV. 2. p. 526. 1892.

(Bei einem Tabeskranken wurde post mortem ausser den typischen Läsionen der Tabes eine centrale Gliomwucherung gefunden, die vom oberen Hals- bis zum unteren Brustmarke reichte und im Brustmarke direkt in die entarteten Hinterstränge überging. Ausserdem luetische Erkrankung der Art. basilaris. Im oberen Halsmarke frische Erweichung, die kurz vor dem Tode Lähmung beider Arme bewirkt hatte.)

120) Oppenheim, H., Ueber atypische Formen d. Gliosis spinalis. Arch. f. Psychiatrie XXV. 2. p. 315. 1893.

121) Poels, E., Ataxie locomotrice hystérique ou syndrome hystérique simulateur du tabes ou tabes hystérique. Journ. de Brux. L. 22. p. 369. Mai 1892.

(Tabessymptome bei einer Hysterischen. P. glaubt, es habe sich nur um Hysterie gehandelt, doch fehlte das Kniephänomen.)

Es liegen mehrere Beobachtungen des Zusammentreffens der Tabes mit der Syringomyelie vor. Den ersten Fall dieser Art beschrieb Eisenlohr (vgl. Jahrbb. CCXXXIII. p. 83). Weitere Fälle rühren von Jegorow (115), Nonne (119), L. Mann (117) her. Mit besonderer Ausführlichkeit hat Oppenheim (120) eine interessante Beobachtung mitgetheilt und Betrachtungen an sie geknüpft.

Es handelte sich um einen 40jähr. Mann, der früher ein syphilitisches Geschwür gehabt hatte, 1882 mit zunehmender Sehstörung, lancinirenden Schmerzen, Schwäche der Beine, vorübergehendem Doppeltsehen erkrankt war. Dazu waren später Gürtelgefühl, Anästhesie, Blasenstörungen, Hemicranie gekommen. Im J. 1884 fand man: Kyphoskoliose, Opticusatrophie, reflektorische Pupillenstarre rechts, minimale Lichtreaktion links, Fehlen des Kniephänomens rechts, geringe Ataxie, an der linken Rumpfhälfte und am linken Oberschenkel Analgesie mit Thermoanästhesie, anderweite Sensibilitätstörungen. Im J. 1890 traten die Symptome der progressiven Paralyse auf und der Kr. starb.

Ausser den paralytischen Veränderungen des Gehirns und der Opticusatrophie ergab die Sektion im oberen Halsmarke Verfärbung der Goll'schen Stränge, im unteren Halsmarke und im Brustmarke Gliom der Hinterstränge. Die sehr genaue mikroskopische Untersuchung ergab im rechten Hinterstrange des unteren Brusttheils eine „sich scharf auf den Goll'schen Strang beschränkende Degeneration und gleichzeitig eine Faseratrophie in der medialen Hälfte der Clarke'schen Säule", weiterhin Entartung des ganzen Hinterstranges und der ganzen Clarke'schen Säule. Die Gliose war im mittleren Brustmarke am stärksten, da hier Hinterstränge, Hinterhörner, die Commissuren und Theile der Vorderhörner ergriffen waren. Weiterhin war das linke Hinterhorn am stärksten beschädigt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Man muss sich wundern, dass O. nicht mit Bestimmtheit hier eine Combination von Tabes und Gliose annimmt. Er selbst erkennt an, dass ein Theil der anatomischen Veränderungen im Rückenmarke tabischer Art war. Er macht keinen Versuch, die progressive Paralyse oder gar die Opticusatrophie und die reflektorische Pupillenstarre von der Gliose abzuleiten. Nichtsdestoweniger schliesst er die Möglichkeit nicht aus, dass „eine besondere Form der Gliose durch ihre Ausbreitung im Hinterstranggebiete die tabischen Symptome producirte". Zum wenigsten müsse zugegeben werden, dass „die Gliose die Tendenz besitzt, sich mit Degenerationzuständen im Hinterstranggebiete zu verbinden, die eine grosse Verwandtschaft oder selbst völlige Identität mit der pathologisch-anatomischen Grundlage der Tabes dorsalis bekunden, und dass sich in diesen Fällen die Gliose hinter dem Symptomenbilde der Tabes verstecken kann".

Ref. möchte meinen, die natürlichste Annahme wäre die, dass ein Rückenmark mit gliösen Veränderungen ein locus minoris resistentiae ist und daher vom Syphilis-Toxine leichter geschädigt wird als ein anderes. Uebrigens wäre es doch auch recht möglich, dass die beiden relativ häufigen Krankheiten zufällig zusammenträfen.

Ewald (112) fand bei einem Manne, der das typische Bild der Tabes dargeboten hatte, post mortem eine gummöse Meningitis spin., die über den Hintersträngen am stärksten war, mit obliterirender Gefässerkrankung, mit Bindegewebevermehrung und unregelmässigem Nerven-Faserschwunde in den Hintersträngen, ausserdem einen älteren subarachnoidealen Bluterguss.

E. ist der Ansicht, dass in seinem Falle die auf tertiärer Syphilis beruhende Meningitis die Tabes vorgetäuscht habe. Da aber reflektorische Pupillenstarre bestanden hatte, so ist es wohl zweifellos, dass die Tabes echt war. Sollten nicht vielleicht die noch geringen tabischen Veränderungen im Rückenmarke durch den groben Process verwischt, undeutlich gemacht worden sein? Der Schwund der Fasern um die Zellen der Clarke'schen Säulen ist doch auch eine tabische Veränderung.

Nonne (118) theilt einen Fall mit, in dem während des Lebens des Kr. mit Recht Tabes diagnosticirt wurde, während die anatomische Untersuchung nur peripherische Nervenentartung ergab.

Ein 39jähr. Schnapssäufer litt seit 2 J. an stechenden Schmerzen in den Fusssohlen und den Unterschenkeln, an Gürtelgefühl, zeitweise an Dysurie und an Gehbeschwerden. Seit 2 Wochen Amblyopie. Seit 1 Woche Delirien.

Nach Ablauf des Alkohol-Delirium ergab die Untersuchung: Amblyopie und Entfärbung der Papillen, Doppelbilder beim Blick nach links, Unvollständigkeit der seitlichen Bulbusbewegungen, träge Reaktion der etwas engen Pupillen, deutliche Ataxie (nicht Hahnentritt), Analgesie mit Verlangsamung und Nachempfindung an den Beinen, keine Hyperästhesie, keine Druckempfindlichkeit der Nerven, Fehlen des Kniephänomens.

Der Kr. wurde schwächer, konnte fast gar nicht mehr gehen, liess zuweilen Stuhl und Harn unter sich, delirirte. Nach 5 Wochen starb er.

Im Rückenmarke und an den Wurzeln konnte keine deutliche Veränderung nachgewiesen werden. Dagegen waren die Fasern der peripherischen Nervenzweige des Ischiadicus fast alle, die des N. ischiadicus etwa zur Hälfte entartet. Auch in den Armnerven beträchtliche Entartung. In der Hirnrinde starker Faserschwund.

Vf. betont, dass es kein Symptom gebe, das mit Bestimmtheit zwischen Tabes und Neuritis entscheiden liesse. Dagegen ist doch zu bemerken, dass die Behauptung, die reflektorische Pupillenstarre könne Wirkung des Alkoholismus sein, in keiner Weise bewiesen ist. Wenn unter 100 Säufern 1 reflektorische Pupillenstarre hat, so ist es doch wahrscheinlicher, dass diese das 1. Tabes-Symptom sei. *Ref.* glaubt daran festhalten zu sollen, dass die reflektorische Pupillenstarre (abgesehen von gewissen cerebralen Herderkrankungen) *nur* bei Tabes vorkommt.

Eine klinisch und anatomisch interessante Beobachtung haben Blocq u. Onanoff (108) mitgetheilt.

Ein 35jähr. Stallknecht hatte 1888 einen Hufschlag gegen die rechte Seite des Kopfes erhalten und war 1½ Std. bewusstlos gewesen. Etwa 6 Wochen später hatten sich beide Augen nach aussen gedreht und war die Stirne wie von Eis geworden.

1890 wurde der Kr. in Charcot's Klinik aufgenommen: Parese des rechten Arms mit Anästhesie, Einschränkung des Gesichtsfeldes, Anästhesie des Trigeminusgebietes mit Ausnahme des Kinnes, Lähmung beider Nn. oculomotorii, mittlere Weite der starren Pupillen.

Der Kr. wurde im Chloralschlafe untersucht. Auch im Schlafe waren beide Augen abducirt, die Pupillen waren starr, aber weit. Sobald der Kr. erwachte, verengten sich die Pupillen.

Der Kr. starb an Tuberkulose.

Im Rückenmarke Entartung der mittleren Wurzelzone vom mittleren Dorsalmarke bis zur Oblongata, von unten nach oben hin zunehmend. Normales Verhalten der hinteren Wurzeln. Mässige Entartung des Trigeminuskernes, starke des Oculomotoriuskernes. Fast vollständige Degeneration der aufsteigenden Trigeminuswurzel, der peripherischen Trigeminus- und Oculomotoriusfasern.

Im Leben war die Tabes schwer zu erkennen: Tabesmaske und doppelseitige Oculomotoriuslähmung mit Verengung der Pupillen. Daneben die traumatische Hysterie.

Bemerkenswerth ist das Verhalten der Pupillen im Schlafe.

In anatomischer Beziehung betonen die Vff. die typische Entartung der „Bandelettes externes" im oberen Theile des Rückenmarkes ohne Veränderung der Wurzeln. In längerer Auseinandersetzung handeln sie von der Beziehung der Kernentartung zu den Veränderungen der peripherischen Fasern. Es entsprach den letzteren nämlich nicht die relativ geringe Entartung der intrapeduncularen Wurzelbündel. Die Vff. weisen darauf hin, dass bei einer Läsion des Kernes der Zerfall der peripherischen Fasern rascher eintrete und verlaufe als der der intracerebralen, weil die Umgebung eine andere

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

ist, das umgebende Protoplasma das zerfallende Myelin u. s. w. dort leichter absorbirt als hier. Wegen der weiteren histologischen Erörterungen sei auf das Original verwiesen.

Guinon u. Souques (114) sagen, es gebe nicht nur einen Diabetes mit an Tabes erinnernden Symptomen und eine tabische Glykosurie, sondern auch die Vereinigung von wirklicher Tabes und wirklichem Diabetes bei einem Kr. Sie sehen darin einen Ausdruck der nahen Beziehungen zwischen der „Famille arthritique" und der „Famille névropathique". Sie erinnern daran, dass in manchen Familien Diabetes, Irresein und andere Nervenkrankheiten zu Hause sind und theilen eine Reihe derartiger Stammbäume mit. Von denen mit Tabes seien einige wiedergegeben.

Vater magenkrank, sein Bruder irre. Mutter diabetisch, ihre Schwester irre. Der Sohn tabeskrank.

Vater tabeskrank, Sohn diabetisch.

Grossmutter melancholisch und diabetisch. Mutter ebenso. Sohn melancholisch, tabisch (und syphilitisch). U. s. w.

Es folgen dann die Beobachtungen, in denen beide Krankheiten bei einer Person auftreten.

I. Grossvater Säufer. Vater dicker Säufer. Seine Schwester hysterisch. Mutter emphysematisch.

Der Sohn hatte Tabes und Diabetes. Dieser war um 8 J. vorausgegangen.

II. Beim Vater Dementia senilis, dessen Bruder irre. Die Mutter jähzornig, ihre Schwester gichtisch. Die Schwester des Kr. und ihre Tochter an Chorea leidend. Der Kr. hatte Tabes und Diabetes, jene hatte begonnen mit 28 J., dieser mit 48 J. (Der Kr. gab 2 Tripper zu, seine Frau hatte 5 Fehlgeburten, aber es heisst: pas de syphilis.)

Die weiteren Fälle sind ganz ähnlich. An der Diagnose ist wohl in keinem Falle zu zweifeln. Immer waren beide Krankheiten charakteristisch ausgeprägt. Einmal war der Diabetes verschwunden, als die Tabes auftrat.

Im Allgemeinen ist es in diagnostischer Hinsicht gewöhnlich leicht zu sagen, ob wirkliche Tabes vorliegt: die echte Ataxie, die Blasenstörungen, die Larynxkrisen, ganz besonders aber die Pupillensymptome und die tabische Opticusatrophie sind die maassgebenden Symptome. Schwieriger ist die Frage, ob wirklicher Diabetes oder tabische Glykosurie. Für jenen sprechen hoher Zuckergehalt, Polydipsie und Polyurie, Einfluss der Diätbehandlung, abgesehen von den selteneren Diabetes-Symptomen, für diese sprechen besonders tabische Bulbärsymptome, in erster Linie Trigeminusanästhesie und gesteigerte Pulsfrequenz, weiter auch Magenkrisen, Kehlkopflähmungen.

Die Hinterstränge des Rückenmarkes werden durch sehr verschiedenartige Gifte geschädigt[1]). Es ist begreiflich, dass dabei mehr oder weniger tabesähnliche Krankheitsbilder entstehen. Immerhin scheint die Gefahr einer Verwechselung mit Tabes bei ihnen nicht gross zu sein, da auch dann, wenn eine grössere Zahl tabischer Symptome vorkommt, doch die Hirnsymptome der Tabes und besonders die der Tabes eigene reflektorische Pupillenstarre einerseits, die Anamnese und der überaus langsame und doch progressive Verlauf der Tabes andererseits zur Diagnose verhelfen. Dass die sogen. Ergotin-Tabes sehr wesentlich von der echten Tabes verschieden ist, ging aus Tuczek's Untersuchungen hervor. Auch die Nachuntersuchungen Walker's (vgl. Jahrbb. CCXL. p. 37) lehren es. Neuerdings ist durch Lichtheim und seinen Schüler Minnich (vgl. Jahrbb. CCXXXIV. p. 12) die Hinterstrangerkrankung bei perniciöser Anämie bekannt geworden. Nonne (vgl. Jahrbb. CCXL. p. 37), der 2 Fälle dieser Art klinisch und anatomisch beschrieben hat, giebt eine ausführliche Auseinandersetzung über die Unterschiede dieser Rückenmarkserkrankung von der Tabes. Danach kann allerdings ein Irrthum wohl vorkommen, besonders dann, wenn, wie in 1 Falle N.'s die spinalen Symptome vor der Anämie auftreten. Jedoch wird auch hier eine sorgfältige Untersuchung fast immer zum Ziele führen.

[1]) Da Gifte, unter denen hauptsächlich die motorischen Elemente leiden, zuerst die peripherischen Fasern zu schädigen pflegen, könnte man die Häufigkeit der Hinterstrangerkrankungen durch Stoffe, die für die sensorischen Elemente Gifte sind, so deuten, dass man annimmt, es leiden immer zuerst die von der Ganglienzelle am meisten entfernten Fasertheile, bei Erkrankung der sensorischen Elemente die spinalen Fortsetzungen der sensorischen Ganglienzellen.

Therapeutisches.

122) Bechterew, W. von, Die Bedeutung der Suspensionen bei einigen Rückenmarksaffektionen. Neurol. Centr.-Bl. XII. 18. 1893.

(B. hat mit dem Apparate *Sprimon's*, den er abbildet, sehr gute Erfolge erzielt, bei Compressio medullae und bei Myelitis noch mehr als bei Tabes.)

123) Bechterew, W. von, Ueber d. Einfl. d. Suspension auf d. Sehstörung b. Affektionen d. Rückenmarks. Nach d. Untersuchungen von Dr. *B. Worotynski* mitgetheilt. Neurol. Centr.-Bl. XII. 7. 1893.

(In 2 Fällen von Tabes wurde nach der Suspension, die mit einem besonderen Apparate ausgeführt wurde, das Sehvermögen gesteigert.)

124) Benedikt, Moriz, Die „Methode Bonuzzi" b. d. Behandl. d. Tabes. Wien. med. Bl. XIV. 51. 1891. — Wien. med. Presse XXXIII. 1. 1892.

125) Bogroff, Considérations sur le traitement des maladies du système nerveux par la méthode du Dr. *Motschutkowsky*. Nouv. Iconogr. de la Salp. IV. 6. p. 464. 1891; V. 1. p. 18. Janv.—Févr. 1892.

(B. glaubt auf Grund von Thier- und Leichenversuchen, dass die Suspension Hyperämie im Wirbelkanale bewirke. Daraus sei denn allerhand abzuleiten. — B. benutzt eine schiefe Ebene, die verstellbar ist; dadurch werden üble Zufälle vermieden und die nur an den Armen befestigten Kr. können die Sache länger aushalten.)

126) Bonjour, Résultats obtenus avec la suspension à la clinique de méd. de Zurich. Revue méd. de la Suisse rom. XII. 6. p. 354. Juin 1892.

(13 Tabeskranke. Meist Besserung. Keine übeln Zufälle.)

127) Bruns, L., Zur Suspensionsbehandlung Tabeskranker. Berl. klin. Wchnschr. XXVI. 27. p. 628. 1889.

(Br. hat bei 1 Tabeskranken nach 5 Sek. dauernder Suspension Bewusstlosigkeit beobachtet, die auch wiederkehrte, als die Suspension ohne Kopfriemen wiederholt wurde.)

128) Dinkler, M., Ueber die Berechtigung u. die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Wirkung d. Quecksilberkuren b. Tabes dorsalis. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 15—18. 20. 1893.

129) Duncan, Eben, Case of locomotor ataxy treated by suspension. Glasgow med. Journ. XXXVI. 5. p. 373. Nov. 1891.

130) Fournier, Alfred, Enquête sur la prétendue action tabétogène du traitement mercuriel. Quelques réflexions sur le traitement des sujets syphilitiques prédisposés aux affections du système nerveux. Gaz. hebd. 2. S. XXVIII. 51. 1891.

131) Galtier, Du traitement séquardien dans l'atrophie grise du nerf optique. Ann. d'Oculist. CIX. 5. p. 372. Mai 1893.

132) Hays, J. M., Suspension in spinal cord affections. New York med. Record XLIII. 1. p. 30. Jan. 1893.

133) Hirschberg, Rubens, Traitement mécanique de l'ataxie locomotrice. Bull. de Thér. LXII. 4. p. 66. Janv. 30. 1893.

134) Kowalewsky, Paul, Zur Behandlung der Syphilis d. centralen Nervensystems. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Ergänzungsh. I. p. 155. 1893.

(K. berichtet über seine therapeutischen Erfahrungen in dem Schwefelbade Piatigorsk. Er empfiehlt die antisyphilitische Behandlung bei Tabes.)

135) Leyden, E., Ueber die Behandl. der Tabes. Berl. klin. Wchnschr. XXIX. 17. 18. 1892.

136) Lumbroso, Sur le mécanisme d'action de la suspension dans la cure de la tabes et d'autres maladies du système nerveux. Comm. au congrès de Rome 1889. Arch. ital. de Biol. XIV. 1—2. p. 215. 1890. (Kaninchenversuche.)

137) Preston, George J., Importance of arteriosclerosis in the etiology of posterior spinal sclerosis. Philad. med. News. LXIII. 2. July 8. 1893.

(Vf. denkt sich, das Atherom der Intercostalarterien und ihrer Zweige könnte Ursache der Tabes sein und hat deshalb 3—4 Tabeskranke mit Nitroglycerin behandelt. Der Erfolg war natürlich erfreulich.)

138) Weber, Leonard, On the present state of the therapeutics of the chronic diseases of the spinal cord, especially of tabes and neurasthenia. New York med. Record XLI. 22. p. 593. May. — Journ. of nerv. and ment. Dis. XVII. 6. p. 445. June 1892.

(Verständige Besprechung der üblichen Tabes-Therapie. Zum Auszug ungeeignet und nichts wesentlich Neues enthaltend.)

Die Tabes-Therapie ist in den letzten 2 Jahren weniger als früher besprochen und „bereichert" worden. Die Zeit der Behandlung mit Suspension ist zwar nicht vorüber, aber sie verläuft rasch decrescendo. Die Versuche, der Tabes nach Brown-Séquard's Weise beizukommen, sind wohl nicht ernsthaft zu nehmen. —

Leyden (135) giebt eine Uebersicht über die gebräuchliche Therapie der Tabes und sein Urtheil über die einzelnen Methoden. Er betont, dass zwar eine specifische Behandlung bisher nicht möglich sei, dass aber der Arzt, der den kranken Menschen behandle und umsichtig verfahre, bei Tabes wesentlichen Nutzen schaffen könne. Die Quecksilberbehandlung lehnt L. natürlich ab. Die Möglichkeit, dass in Zukunft ein Antitoxin für die Tabes gefunden werde, sei zwar nicht zu leugnen, indessen sei vorläufig daran nicht zu denken. Nur ironisch erwähnt L. die Hammelhirneinspritzungen. Der Nutzen der Bäder sei unleugbar. Gerade weil man in neuerer Zeit die Rolle der peripherischen Entartungen bei Tabes kennen gelernt habe, erscheine uns die Badebehandlung als rationell. L. empfiehlt bekanntlich alle Thermen. Die Elektricität wirke zwar in der Hauptsache durch Suggestion, doch sei sie zweifellos nützlich und vielleicht wirke sie doch physikalisch auf die peripherischen Nerven. Von der Massage will L. nichts wissen. Wenn sie zu nützen scheine, sei es gewiss nur auf suggestivem Wege. Das Gleiche gelte von der Suspension und der orthopädischen Behandlung. Indessen sei gegen diese Dinge nicht viel einzuwenden. Besonders empfiehlt L. die „compensatorische Therapie", worunter Alles zu verstehen ist, was den Organismus kräftigt und widerstandsfähiger macht. Am meisten sei diese Therapie bei der Ataxie als Gymnastik angezeigt und als sehr werthvoll erscheine die von Frenkel empfohlene Art der Gymnastik. Die Schmerzmittel sollte man möglichst vermeiden, nicht nur das Morphium, sondern auch das Antifebrin und die anderen. Auch bei den Magenkrisen dürfe man nur, soweit es unbedingt nöthig sei, Morphium geben. Dafür sei zwischen den Anfällen eine vorsichtige gute Ernährung von Bedeutung. Die Prophylaxe der Tabes könne nur in einer verständigen Lebensweise bestehen. [Hier könnte man wohl hinzufügen, dass eben bei der Prophylaxe die Erkenntniss der Ursache der Tabes auch praktisch wird: wer die Tabes nicht will, muss die Syphilis vermeiden.]

Dinkler (128) sucht darzuthun, dass verständig ausgeführte Hg- i. e. Schmier-Kuren bei Tabes fast nie schaden, oft aber nützen. Er führt 71 Fälle aus Erb's Beobachtung an; in 58 wurde Besserung, in 11 Gleichbleiben der Symptome, in 2 Verschlimmerung beobachtet. Es ist natürlich nicht möglich, die zahlreichen, übrigens sehr kurzen Krankengeschichten hier wiederzugeben. Doch kann man nicht verschweigen, dass die anscheinenden Besserungen recht oft flüchtig waren und dass man ebenso grosse Besserungen bei jeder beliebigen Tabesbehandlung beobachten kann.

Fournier (130) wendet sich zunächst gegen die Behauptung, die Tabes könne Wirkung nicht sowohl der Syphilis, als des Quecksilbers sein. Von 321 Tabeskranken mit früherer Syphilis hatten 16 weder Jod, noch Hg gebraucht, 8 nur Jod. Von denen, die Hg gebraucht hatten, waren 70 nur ganz ungenügend (einige Tage bis 2 Monate) behandelt worden, 108 nur 3—6 Monate, 51 7 bis 12 Monate, 23 ungefähr 1 Jahr, 20 1—2 Jahre, 12 etwa 2 Jahre, 5 2—3 Jahre, 6 etwa 3 Jahre, 2 4 Jahre. Begünstigte auch nur das Hg die Entwickelung der Tabes, so müsste unter den Tabeskranken die Zahl derer, die lange Hg gebraucht haben, viel grösser sein.

Andererseits giebt F. zu, dass auch die sorgfältigste und längste Behandlung mit Hg und Jod nicht vor der Tabes schützt. Ueberhaupt seien die Erfolge der specifischen Behandlung bei Nervensyphilis recht ungenügend: Bei Gehirnsyphilis in reichlich der Hälfte der Fälle ganze oder halbe

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Misserfolge, bei Rückenmarksyphilis in der Mehrzahl Misserfolge, bei der Tabes neben vereinzelten Heilungen nur Misserfolge, bei progressiver Paralyse lauter Misserfolge. F. schlägt vor, man möge bei Syphilitischen, deren Nervensystem vermöge ihrer erblichen Anlage, ihrer Beschäftigung, ihren Neigungen u. s. w. besonders bedroht ist, neben der möglichst energischen und ausdauernden specifischen Behandlung eine prophylaktische Behandlung des Nervensystems empfehlen: Vermeidung der Schädlichkeiten, Hydrotherapie u. s. w.

Benedikt (124) hat eine „Methode Bonuzzi" empfohlen, die B. in „Atti della R. Academia med. di Roma, 1890—1891, p. 257" beschrieben haben soll. „Diese Methode besteht darin, dass die Beine an den Sprunggelenken durch ein Handtuch gefasst werden und über den Kopf soweit hervorgezogen werden, dass auch die Wirbelsäule in hohem Grade nach vorn gebeugt ist, und diese Beugung wird bis zu dem Grade fortgesetzt, dass die Kniee an die Stirne angedrückt werden." Es handelt sich also gar nicht um etwas Neues, es ist die alte „unblutige Nervendehnung". B. sagt selbst, es sei grosse Vorsicht bei dem Verfahren nöthig, da sich leicht „Rhachialgie", Schwellungen an der Beugeseite des Oberschenkels, Hautblutungen einstellen. In einem Falle traten Ohnmachten mit Erbrechen und langanhaltender Schwäche ein. Dass das Verfahren immer sehr schmerzhaft ist, erwähnt B. gar nicht. Er rühmt seine Erfolge, die Gehfähigkeit sei beträchtlich gesteigert, die Schmerzen seien vermindert worden.

Hirschberg (133) empfiehlt, die Ataxie der Tabeskranken nach Frenkel's Vorgang (vgl. Jahrbb. CCXXXIII. p. 86) mit gymnastischen Uebungen zu bekämpfen. Er lässt etwa eine halbe Stunde lang erst einfache, dann mehr und mehr zusammengesetzte Bewegungen der Beine unter seiner Anleitung ausführen (Beugen, Strecken in den verschiedenen Gelenken, Niedersitzen und Aufstehen, Schrittbewegungen, Gehen, Rumpfbeugen, Kniebeugen u. s. w.). Hinterher lässt er die Beine massiren. Er hat bei einer Reihe von Kranken recht gute Erfolge erzielt. Die Kraft und die Coordination wurden gesteigert, die Kranken gewannen Zutrauen zu sich und leisteten viel mehr als früher. Mit Recht betont H., dass viele Tabeskranke neurasthenisch sind, dass die Aengstlichkeit wesentlich ihre Gehstörung steigert.

Ganz neu dürften diese Beobachtungen nicht sein, da wohl viele Nervenärzte in geeigneten Fällen die Ataktischen zu gymnastischen Uebungen ermahnen. Immerhin kann vielleicht auf dem von H. empfohlenen Wege, durch systematisches Vorgehen mehr erreicht werden, als in der Regel erreicht wird.

II. Ueber Diabetes mellitus.[1])

Von Dr. A. Heffter in Leipzig.

Literatur.

1) Cole, Palmer C., Tests for diabetes mellitus. New York med. Record XXXIV. 16. p. 475. 1888.

2) Jeffries, John A., On a good bread for diabetics. Boston med. and surg. Journ. CXX. 2. p. 87. 1889.

3) Pryce, T. Davies, A certain cutaneous affection occurring in diabetes. Lancet II. 2. p. 59. 1888.

4) Woltering, Ueber Klebermehl u. über ein neues, sehr einfach herzustellendes Diabetikerbrod. Berl. klin. Wchnschr. XXV. 38. 1888.

5) Eichhorst, Praktische Erfahrungen über die zuckerige u. einfache Harnruhr. Wien. med. Bl. XI. 27. 1888.

6) Woltering, Zur Frage Diabetes u. Saccharincacao. Wien. med. Bl. XI. 44. 1888.

7) Teleky, H., Ueber Diabetes mellitus. Wien. med. Bl. XI. 48. 1888.

8) Schüller, Max, Ein Beitrag zur Kenntniss der phlegmonösen u. gangränösen Processe bei Diabetes. Berl. klin. Wchnschr. XXV. 47. 48. 49. 1888.

9) Novaro, Bartholomé, Ueber d. Behandlung des Diabetes mit Codein in hohen Dosen. Wien. med. Presse XXIX. 43. 1888.

10) Woltering, Ueber Klebermehl u. über ein neues, sehr einfach herzustellendes Diabetikerbrod. Breslauer ärztl. Ztschr. X. 16. 1888.

11) Pollatschek, Arnold, Die Bestimmung kleiner Zuckermengen im Harn. Deutsche med. Wochenschr. XIV. 18. 1888.

12) Rosenfeld, Georg, Die Diagnose des Diabetes. Deutsche med. Wchnschr. XIV. 23. 24. 1888.

13) Schuster, Zwei Fälle von Fussgangrän bei Diabetes mellitus. Deutsche med. Wchnschr. XIV. 44. 1888.

14) Leube, W., Ueber Glykogen im Harn des Diabetikers. Sitz.-Ber. d. phys.-med. Gesellsch. zu Würzburg Nr. 7. p. 109. 1888.

15) Fütterer, Glykogen in den Capillaren der Grosshirnrinde b. Diabetes mellitus. Sitz.-Ber. d. phys.-med. Gesellsch. zu Würzburg Nr. 7. 8. p. 112. 113. 1888.

16) Orsi, Francesco, Di alcune forme latenti di diabete zuccherino. Gaz. med. Lomb. 9. S. XLVIII. 18. p. 175. 1889.

17) Robin, Albert, Traitement du diabète par l'antipyrine; mode d'emploi; resultats; contre-indications. Gaz. méd. de Par. LX. 7. S. 15. 16. p. 169. 183. 1889.

18) Sée, G., u. E. Gley, Untersuchungen über den experim. Diabetes. Wien. med. Wchnschr. XXXIX. 6. 1889.

19) Mossé, A., Recherches sur l'excrétion urinaire après les accès de fièvres intermittentes. I. Glycosurie. Revue de Méd. VIII. 12. p. 944. 1888.

[1]) Vgl. Jahrbb. CCXX. p. 65.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

20) Lépine, R., Diabète; accidents attribuables à une intoxication par les acides formique et oxybutirique. Infusion alcaline intra-veineuse; coma; mort; autopsie. Ibidem p. 1004.

21) Weller, E. R., An etiological factor in the production of a case of diabetes mellitus and its prompt submission to the influence of cocaine. Philad. med. and surg. Report. LVII. 9. p. 283. 1887.

22) Minkowski, O., Ueber den Kohlensäuregehalt des Blutes beim Diabetes mellitus u. das Coma diabeticum. Mittheil. aus d. med. Klinik zu Königsberg i. Pr., herausgegeben von *B. Naunyn*. Leipzig 1888. F. C. W. Vogel. p. 174.

23) Seegen, J., Ueber Diabetes mellitus mit Rücksicht auf die neugewonnenen Thatsachen über Zuckerbildung im Thierkörper. Ztschr. f. klin Med. XIII. 3 u. 4. p. 267. 1887.

24) Mering, J. v., Ueber Diabetes mellitus. Ebenda XIV. 5 u. 6. p. 405. 1888; XVI. 5 u. 6. p. 431. 1889.

25) Brouardel, P., et H. Richardière, Du diabète traumatique au point de vue des expertises médico-légales. Arch. d'Hyg. publ. et de méd. légale 3. S. XX. 5. p. 401. 1888.

26) Brault, A., et L. Gaillard, Sur un cas de cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le diabète sucré. Arch. gén. de Méd. CLXI. p. 38. 1888.

27) Tuffier, Diabète et néoplasmes. Ibidem CLXII. p. 129. 314. 1888.

28) Grenier, R., Hystérie et diabète. Ibidem p. 453.

29) Dujardin-Beaumetz, Progrès de l'hygiène alimentaire chez les diabétiques. Bull. gén. de Thér. LVIII. 3. p. 259. 1889.

30) Dujardin-Beaumetz, Des progrès accomplis dans ces dernières années dans le traitement du diabète. Ibidem 12. p. 241.

31) Hunt, William, Diabetic gangrene. Reprinted from the Transact. of the Philadelphia county med. soc. Nov. 28. 1888.

32) Kisch, E. Heinrich, Zur Casuistik des lipogenen Diabetes. Internat. klin. Rundschau Nr. 52. 1888.

(Enthält 4 Fälle von Diabetes, der als Folgeerscheinung der Lipomatosis universalis angesehen wird.)

33) Mahomed, George, Jumbul in glycosuria. Practitioner XLI. 6. p. 416. 1888.

34) Lühdorf, Fr. Aug. Baron v., Winke für Zuckerkranke nach eigenen langjährigen Erfahrungen u. Studien zusammengestellt. Hamburg 1888. Hoffmann u. Campe. 96 S.

35) Rosenblath, W., Ueber multiple Hautnekrosen u. Schleimhautulcerationen bei einem Diabetiker. Virchow's Arch. CXIV. 1. p. 202. 1888.

36) Holzmann, C., Diabetes insipidus und extramedulläres Myxom bei einem Hunde. Deutsche Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XIII. 2 u. 3. p. 197. 1887.

(Die Sektion des an Diabetes insipidus leidenden Hundes ergab Hyperämie u. Hämorrhagie der grauen Substanz des Lendenmarkes u. ein hyalines Myxom im Wirbelkanal.)

37) Schnée, Emil, Die Zuckerharnruhr. Ihre Ursache u. dauernde Heilung. Stuttgart 1888. Süddeutsches Verlags-Institut. 183 S.

38) Huchard, Henri, Des manifestations cardiaques et de l'angine de poitrine chez les diabétiques. Bull. gén. de Thér. LVII. 31. p. 162. 1888.

39) Schuchardt, Bernhard, Jambul bei Diabetes mellitus. Thür. ärztl. Corr.-Bl. Nr. 11. 1888.

40) Straus, I., Nouveaux faits pour servir à l'histoire des lésions histologiques du rein dans le diabète sucré. Arch. de Physiol. norm. et pathol. XIX. 5. p. 76. 1887.

41) Pollatschek, Arnold, Der Alkohol in der Diät des Diabetes mellitus. Wien 1889. Perles. 20 S.

42) Leube, W., Ueber Glykogen im Harn des Diabetikers. Virchow's Arch. CXIII. 2. p. 391. 1888.

43) Mering, J. v., u. O. Minkowski, Diabetes mellitus nach Pankreasexstirpation. Centr.-Bl. f. klin. Med. X. 23. p. 393. 1889.

44) Kallay, Adolf, Zur Klassifikation des Diabetes. Wien. med. Bl. XII. 20. 1889.

45) Sur le diabète. Discussion. Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. LIII. 22. p. 814. 1889.

46) Landau, Th., Carcinoma uteri u. Coma diabeticum, nebst Bemerkungen über die Vornahme grosser Operationen bei gleichzeitig bestehender Zuckerharnruhr. Berl. klin. Wchnschr. XXV. 43. 1888.

47) Dearden, J., A case of diabetes mellitus with typhoid fever. Lancet I. 16. p. 780. 1889.

48) Aye, Ueber 3 Fälle von Diabetes mellitus. Aus dem Berliner medico-mechanischen Institut. Berl. klin. Wchnschr. XXVI. 30. 1889.

49) Wendriner, M., Zur Zuckerbestimmung im Harn. Mittheil. aus Dr. *Brehmer's* Heilanstalt für Lungenkranke in Görbersdorf. Wiesbaden 1889. J. F. Bergmann. p. 61.

50) Panas, Action thérapeutique de l'antipyrine dans la glycosurie. Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. LIII. 14. p. 503. 1889.

51) Mascarel, Jules, Les effets nuisibles du régime lacté dans le diabète. Bull. gén. de Thér. LVIII 22. p. 509. 1889.

52) Duhomme, Saccharimétrie clinique. Ibidem 27. p. 159.

53) Lyon, Gaston, Le coma diabétique. Gaz. des Hôp. LXII. 85. 1889.

(Giebt eine Zusammenstellung der verschiedenen Ansichten über Aetiologie, Pathogenese, Symptomatologie und Behandlung.)

54) Livierato, E., Ueber die Schwankungen der vom Diabetiker ausgeschiedenen Kohlensäure bei wechselnder Diät und medikamentöser Behandlung. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXV. 1 u. 2. p. 161. 1888.

55) Knaak, Ueber Zuckerbildung im thierischen Organismus. Deutsche med. Wchnschr. XV. 5. 1889.

(Der Diabetes mellitus beim Menschen beruht auf einer labilen Constitution der Eiweisskörper, auf einer pflanzenähnlichen Beschaffenheit des Zellplasma.)

56) Hoffa, Albert, Zur Vornahme grösserer Operationen an Diabetikern. Münchn. med. Wchnschr. XXXV. 51. 1888.

57) Graeser, C., Experimentelle Untersuchungen über Syzygium Jambolanum gegen künstlichen Diabetes. Centr.-Bl. f. klin. Med. X. 28. 1889.

58) Fraser, Thomas R., The relative value of opium, morphine and codeine in diabetes mellitus. Brit. med. Journ. Jan. 19. 1889. p. 118.

59) Worms, Le diabète à évolution lente; pronostic et traitement. Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. LIII. 19. p. 697. 1889.

60) Sur le traitement du diabète. Discussion. Ibid. 20. p. 732.

61) Michael, Ivan, Zur Aetiologie des Diabetes mellitus. Deutsches Arch. f. klin. Med. XLIV. 5 u. 6. p. 597. 1889.

62) Fichtner, Bericht über 3 Fälle von Diabetes. Ebenda XLV. 1 u. 2. p. 112. 1889.

63) Boymond, Pastilles de Fehling pour la recherche du sucre dans l'urine. Bull. gén. de Thér. LVIII. 23. p. 150. 1889.

64) Robin, Albert, Sur le traitement du diabète. Gaz. de Par. LX. 24. 25. 26. 1889.

65) Gaube, J., Du sucre normal dans les urines. Ibidem 33.

66) Opitz, M., Antipyrin bei Diabetes insipidus. Deutsche med. Wchnschr. XV. 32. 1889.

67) Pick, Friedel, Ueber die Ausscheidung des aufgenommenen Wassers bei Diabetes mellitus. Prager med. Wchnschr. XIV. 29. 1889.

68) v. Ziemssen, Ueber Zuckerharnruhr. Münchn. med. Wchnschr. XXXVI. 1. 1889.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

69) Carreau, Joseph S., Treatment of diabetes. New York med. Record XXXVI. 2. p. 39. 1889.

70) Westphal, A., Ein Fall von Diabetes insipidus. Berl. klin. Wchnschr. XXVI. 35. 1889.

(Behandelt die Differentialdiagnose zwischen primärer Polyurie und primärer Polydipsie. Für den vorliegenden Fall von primärer Polydipsie kommen als ätiologisches Moment starke Blutverluste im Puerperium in Betracht.)

71) Klemperer, G., Ueber den Stoffwechsel u. das Coma der Krebskranken. Mit Bemerkungen über das Coma diabeticum. Berl. klin. Wchnschr. XXVI. 40. 1889.

72) Coats, Jos., On two cases of diabetes associated with lipaemia. Glasgow med. Journ. XXXII. 2. p. 95. 1889.

73) Steven, John Lindsay, Two cases of diabetes insipidus. Ibidem p. 105.

74) Steven, John Lindsay, Two cases of diabetes mellitus with pruritus vulvae. Disappearance of the pruritus. Ibidem p. 108.

75) Robin, Albert, Sur le traitement du diabète. Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. LXXX. 21. p. 777. 1889.

76) Novaro, B., Le codéine dans le diabète. Bull. gén. de Thér. LVIII. 41. p. 323. 1889.

77) Valentino, La créosote dans le diabète. Ibid. p. 333.

78) Abbe, A case of hemiplegic epilepsy, probably diabetic, simulating cerebral abscess. New York med. Journ. Aug. 9. 1890. (Sonder-Abdr.)

79) Cantani, Arnaldo, Ueber Diabetes mellitus. Deutsche med. Wchnschr. XV. 12. 13. 14. 1889.

80) Bunge, Die neueren Ansichten über Diabetes. Schweiz. Corr.-Bl. XIX. 10. p. 303. 1889.

(Der Diabetes beim Menschen beruht auf mangelhafter Zerstörung des Zuckers. Den Sitz der gestörten Funktion sieht B. in den Muskeln oder auch in den muskelinnervirenden Centren.)

81) Stern, Curt, Ueber Diabetes mellitus bei Kindern. Arch. f. Kinderhkde. XI. 1. p. 81. 1889.

(Litterarische Zusammenstellung der das Kindesalter betreffenden Diabetesfälle nach Aetiologie, Symptomatologie und Therapie.)

82) Oliver, Thomas, Cocaine in diabetes. Lancet II. 15. p. 735. 1889.

83) Ord, William M., Remarks on some points of interest in regard to the presence of sugar in the urine. Brit. med. Journ. Nov. 2. 1889. p. 965 and 984.

84) Widal, Fernand, Sciatique double symptomatique du diabète sucré. Gaz hebd. de Méd. et de Chir. 2. S. XXXVI. 41. 1889.

85) Rosenfeld, Die Diagnose des Diabetes. Breslauer ärztl. Ztschr. X. p. 183. 1888.

86) Rachel, Geo., Diabetes insipidus bei Säuglingen. New Yorker med. Mon.-Schr. II. 10. p. 461. 1890.

87) Minkowski, Diabetes mellitus u. Pankreasaffektion. Berl. klin. Wchnschr. XXVII. 8. 1890.

88) Hofmeister, Franz, Ueber d. Assimilationsgrenze der Zuckerarten. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXV. 3 u. 4. p. 240. 1889.

89) Pilliet, Scléroses du pancréas et diabète. Progrès méd. 2. S. XVII. 21. p. 391. 1889.

(Durchweg referirend über frühere Arbeiten.)

90) Salomonson, Wertheim, Over het ontbreken van den patellair-reflex bij diabetes mellitus. Weekbl. van het nederl. tijdschr. voor geneeskunde Nr. 11. 1890.

91) Lépine, Note sur la nature et le traitement du diabète. Lyon méd. XXII. p. 237. 1890.

92) Bouisson, G., Diabète maigre et aigu. Tuberculose pulmonaire antérieure. Lithiase du pancréas. Oblitération du canal de Wirsung. Bull. de la Soc. anat. de Paris LXV. 1. p. 1. 1890.

93) Lépine, Nouvelle théorie du diabète. Lyon méd. XXI. 52. p. 619. 1889.

94) Leo, H., Ueber den Gaswechsel bei Diabetes mellitus. Verhandl. d. VIII. Congr. f. innere Med. p. 354. Wiesbaden 1889. J. F. Bergmann.

95) Minkowski, O., Ueber die Folgen partieller Pankreasexstirpation. Centr.-Bl. f. klin. Med. XI. 5. 1890.

96) Lépine, Rapports entre le diabète et les lésions du pancréas. Lyon méd. XXI. 43. p. 308. 1889.

97) Bazy, Des troubles urinaires dans la glycosurie. Presse méd. Belge XLI. 46. p. 392. 1889 (vgl. 181).

98) Güntz, J. Edmund, Ueber die Gefahr von Quecksilberkuren bei Syphilis u. gleichzeitig bestehendem Diabetes. Memorabilien XXXIV. 3. p. 129. 1889.

99) Naunyn, B., Die diätetische Behandlung des Diabetes mellitus. *v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. Nr. 349—350. 1889.

100) Geyer, Josef, Ueber den Werth der Phenylhydrazin-Zuckerprobe. Wien. med. Presse XXX. 43. 1889.

101) Graeser, C., Experiments on the action of Syzygium Jambolanum in artificial diabetes. Lancet II. 18. p. 902. 1889.

102) Lowinsky, J., Furunkulose bei Diabetes insipidus. Centr.-Bl. f. klin. Med. XI. 21. 1890.

103) Glénard, Frantz, Des résultats objectifs de l'exploration du foie dans le diabète. Gaz. des Hôp. LXIII. 48. 1890.

104) Defresne, Th., Essais sur le mécanisme du diabète maigre. Ibidem 57.

105) Hofmeister, B., Diabetes mellitus. Wiener Klinik Nr. 5. 1890.

106) Guttmann, Paul, Zur quantitativen Zuckerbestimmung im Harn mittels Gährung. Deutsche med. Wchnschr. XVI. 1. 1890.

107) Lépine, R., Théorie nouvelle et traitement du diabète. Semaine méd. X. 22. 1890.

108) Goodhart, James F., Clinical remarks on transient glycosuria of neurotic origin. Brit. med. Journ. Dec. 21. 1889. p. 1381.

109) Rosenstein, Ueber das Verhalten des Magensaftes u. des Magens beim Diabetes mellitus. Berl. klin. Wchnschr. XXVII. 13. 1890.

110) Schmitz, Richard, Kann der Diabetes mellitus übertragen werden? Berl. klin. Wchnschr. XXVII. 20. 1890.

111) Bruns, Ludwig, Ueber neuritische Lähmungen beim Diabetes mellitus. Berl. klin. Wchnschr. XXVII. 23. 1890.

112) Schmitz, Richard, Cystitis als Complikation bei Diabetes. Ebenda.

113) Chadbourne, Arthur P., A case of diabetic coma, treated by intravenous injection of saline solution. Boston med. and surg. Journ. CXXII. 26. p. 623. 1890.

114) Smith, J. Barker, A contribution to the morphology of the saccharomycete of diabetic urine. Lancet II. 12. p. 588. 1889.

115) Lépine, R., Traitement du diabète sucré. Semaine méd. X. 27. 1890.

116) Camerer, W., Beobachtungen über Zuckerkrankheit, chronische Herzkrankheiten u. chronische Nierenkrankheiten. Württemb. Corr.-Bl. LX. 17. 1890.

117) Hirschfeld, F., Vorläufige Mittheilung über eine besondere klinische Form des Diabetes. Centr.-Bl. f. d. med. Wiss. XXVIII. 10. 11. 1890.

118) Rémond, A., Le diabète est-il une malade transmissible? Gaz. des Hôp. LXIII. 70. 1890.

119) Glénard, Frantz, Des résultats objectifs de l'exploration du foie chez les diabètiques. Lyon méd. XXII. 16. 18. 20. 21. 23. 25. 1890.

120) West, Samuel, Acetonuria and its relation to diabetic coma. London med.-chir. Transact. LXXII. p. 91. 1889.

121) Rémond, A., Contribution à l'étude du diabète pancréatique. Gaz. des Hôp. LXIII. 84. 1890.

122) Pavy, F. W., Ueber die Principien der Be-

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

handlung des Diabetes mellitus. X. internat. med. Congr. zu Berlin 1890. (Sonder-Abdr.)

123) Rosenbach, O., Zur Lehre vom Diabetes. Deutsche med. Wchnschr. XVI. 30. 1890.

124) Moritz, F., u. W. Prausnitz, Studien über den Phloridzindiabetes. Ztschr. f. Biol. XXVII. 1. p. 81. 1890.

125) Bruschini, E., Sulla origine e sulla cura del diabete mellito. Riforma med. VI. 192 u. 193. 1890.

126) Saundby, Rob., The Bradshaw lecture on the morbid anatomy of diabetes (mit Abbild.). Brit. med. Journ. Aug. 23. 1890. p. 435.

127) Stadelmann, E., Klinisches u. Experimentelles über Coma diabeticum u. seine Behandlung. Deutsche med. Wchnschr. XV. 46. 1889.

128) Yvon et Berlioz, Recherches du sucre dans l'urine au moyen de la liqueur cupropotassique. Arch. de Méd. expérim. et d'Anat. pathol. 1. Sér. I. p. 711. 1889.

129) Dujardin-Beaumetz, Traitement du diabète et de la polyurie. Bull. gén. de Thér. LIX. 30. p. 97. 1890.

130) Poulet, Traitement du diabète sucré par la solution d'hippurate de chaux basique. Ibid. LIX. 40. p. 343. 1890.

131) Decker, C., Zur Casuistik des Diabetes mellitus syphiliticus. Deutsche med. Wchnschr. XV. 46. 1889.

132) Laurens, Un cas de diabète sucré. — Injections d'ergotinine et alcalins sans nulle modification au régime alimentaire. Guérison rapide, qui se maintient depuis six mois. Bull. gén. de Thér. LIX. 40. p. 354. 1890.

133) Saundby, Rob., The Bradshaw lecture on the morbid anatomy of diabetes mellitus. Lancet II. 8. p. 381. 1890.

134) Dujardin-Beaumetz, Ueber die Behandlung der Zuckerharnruhr. Deutsche med. Wchnschr. XVI. 34. 1890.

135) Dujardin-Beaumetz, Ueber die Behandlung des Diabetes mellitus. Wien. med. Wchnschr. XL. 37. 1890.

136) Seegen, J., Ueber Behandlung des Diabetes mellitus. Wien. med. Wchnschr. XL. 44. 45. 46. 47. 1890.

137) Boccardi, G., Ricerche anatomo-patologiche sugli animali privati del pancreas. Riforma med. VI. 269. p. 1610. 1890.

138) Lannois et Lemoine, Contribution à l'étude des lésions du pancréas dans le diabète. Arch. de Méd. expérim. et d'Anat. pathol. III. p. 33. 1891.

139) Hédon, E., Exstirpation du pancréas, diabète sucré expérimental. Ibid. p. 44.

140) Moritz, F., Glykosurie u. Diabetes. Münchn. med. Wchnschr. XXXVIII. 1. 2. 1891.

141) Hédon, E., Exstirpation du pancréas. Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. Nr. 2. p. 17. 1891.

142) Jastrowitz, M., Ueber den besonderen u. praktischen Werth der gänzlich durchgeführten *Trommer*'schen Probe. Deutsche med. Wchnschr. XVII. 7. 8. 1891.

143) Schweigger, Zur diabetischen Netzhautentzündung. Ebenda 7.

144) Mollard, Pancréas sain chez un diabétique maigre. Lyon méd. XXIII. p. 239. 1891.

145) Lépine, R., Sur le diabète pancréatique. Ibid. p. 83.

146) Lépine, R., Sur le diabète. Ibid. p. 283.

147) Troje, Ueber Diabetes mellitus. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXVI. 5 u. 6. p. 279. 1890.

148) Hofmeister, Franz, Ueber den Hungerdiabetes. Ebenda p. 355.

149) Mering, J. v., u. O. Minkowsky, Diabetes mellitus nach Pankreasexstirpation. Ebenda p. 371.

150) Gaglio, Sul diabete, che segue all'estirpazione del pancreas. Riforma med. VII. 46. 1891.

151) Lewaschew, Ueber Behandlung des Diabetes mellitus mit Syzygium Jambolanum. Berl. klin. Wchnschr. XXVIII. 8. 1891.

152) Posner u. Epenstein, Studien zum Diabetes. I. Die praktische Verwerthbarkeit der α-Naphtolprobe auf Zucker. Ebenda.

153) Dujardin-Beaumetz, Traitement du diabète par le jambul. Bull. gén. de Thér. LX. p. 35. 1891.

154) Rendu, Du diabète pancréatique. Semaine méd. XI. 15. p. 109. 1891.

155) Einhorn, Zum Gährungssaccharometer. Deutsche med. Wchnschr. XVII. 13. 1891.

156) Kugler, De l'action des sucres sur l'économie. Bull. gén. de Thér. LVIII. 45. p. 240. 1889.

(Versuche an nicht diabetischen Kranken über die Wirkung von Glykose, Milchzucker und Rohrzucker auf die Harnabsonderung.)

157) Discussion: Du regime alimentaire dans la glycosurie. Bull. gén. de Thér. LX. 15. 17. 19. 21. p. 44. 69. 80. 105. 1891.

158) Schmitz, Richard, Ueber die prognostische Bedeutung u. die Aetiologie der Albuminurie bei Diabetes. Berl. klin. Wchnschr. XXVIII. 15. 1891.

159) Dufourt, Influence des alcalins sur la glycogénie hépatique. Arch. de Méd. expérim. II. p. 424. 1890.

160) Lépine, R., Die Pathogenese des Diabetes. Berl. klin. Wchnschr. XXVIII. 19. 1891.

161) Merklen, La pneumonie chez les diabétiques. Gaz. des Hôp. 66. p. 537. 1891.

162) Wright, A. E., Some points connected with the pathology and treatment of diabetes. Brit. med. Journ. April 11. 1891. p. 787.

163) Manges, The quantitative estimation of sugar with *Roberts'* fermentation test. New York med. Record XXXIX. p. 505. 1891.

164) Buzzard, Illustrations of some less-known forms of peripheral neuritis, especially alcoholic monoplegia and diabetic neuritis. Brit. med. Journ. June 21. 1890. p. 1419.

165) Betz, Friedrich, Eine Cautele zur Zuckerprobe. Memorabilien XXXIV. 3. p. 137. 1889.

(Warnung vor Irrthümern, die bei der Heller'schen Kaliprobe durch in den Harn übergegangene Pflanzenfarbstoffe entstehen können.)

166) Kafka, Th., Der Diabetes mellitus u. seine homöopathische u. balneologische Behandlung. Leipzig 1891. Verlag d. „Reichsmedicinalanzeiger". B. Konegen. 88 S.

167) Rémond, A., Le traitement diététique du diabète. Gaz. des Hôp. 106. 1890.

168) Sansoni, Il fermento glicolitico del sangue e la patogenesi del diabete mellito. Riforma med. VII. 160—162. 1891.

169) Baumel, Un mot d'historique sur le diabète sucré. Gaz. hebd. de Méd. 2. Sér. XXXVIII. 29. p. 341. 1891.

170) Hirschfeld, F., Ueber eine neue klinische Form des Diabetes. Ztschr. f. klin. Med. XIX. 3. p. 249 u. 325. 1891.

171) Schmitz, Richard, Zur Aetiologie des Diabetes. Berl. klin. Wchnschr. XXVIII. 27. 1891.

172) Pal, Beitrag zur Kenntniss der Pankreasfunktion. Wien. klin. Wchnschr. IV. 4. 1891.

173) Lancereaux, Sur le diabète pancréatique. Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. XXVI. p. 367. 1891.

174) Sandmeyer, Ueber einige im physiologischen Institut zu Marburg ausgeführte Untersuchungen. Verh. d. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1891. J. F. Bergmann. p. 341.

175) Posner, Mittheilungen über Diabetes nebst Bemerkungen über das Verhalten der Harnabsonderungen während der Nacht. Ebenda p. 471.

176) Moritz, F., Ueber alimentäre Glykosurie. Ebenda p. 492.

177) Falkenberg, Zur Exstirpation der Schilddrüse. Ebenda p. 502.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

178) Kállay, Eintheilung des Diabetes. Ebenda p. 512.

179) Muselier, La pathogénie du diabète. Gaz. de Par. 32. p. 376. 1889.

180) Schmitz, Richard, Ueber die Behandlung des Coma diabeticum. Berl. klin. Wchnschr. XXVII. 34. 1890.

181) Bazy, Étude sur les faux urinaires et en particulier sur les faux urinaires glycosuriques. Arch. gén. de Méd. Oct. p. 1890. p. 418.

(Betrifft Blasenerkrankungen bei Hypochondern und Neurasthenikern mit und ohne vorübergehende Glykosurie.)

182) Trinkler, Ueber die diagnostische Verwerthung des Gehalts an Zucker u. reducirender Substanz im Blute von Menschen bei verschiedenen Krankheiten. Centr.-Bl. f. d. med. Wissensch. p. 498. 1890.

(Quantitative Zuckerbestimmungen im Blute bei Carcinom, Typhus abdominalis, Pneumonie, Dysenterie, Vitium cord., Peritonitis, Tuberkulose, Syphilis, Nephritis, Urämie.)

183) Schütz, Der Araeosaccharimeter, ein bequemer Apparat zur Bestimmung der Zuckermenge, sowie des specifischen Gewichtes diabetischer Harne. Münchn. med. Wchnschr. XXXVIII. 39. 1891.

184) Vergely, Du zona diabétique. Progrès méd. 2. Sér. XIV. p. 217. 1891.

185) Rémond, A., Le traitement diététique du diabète. Gaz. des Hôp. 106. p. 982. 1890.

(Referat des Vortrags von Naunyn [99].)

A. Physiologie, Pathogenese und Aetiologie.

1) *Verhalten der Kohlehydrate.*

Von Worm-Müller und Külz wurde durch Versuche an gesunden Menschen festgestellt, dass *die Assimilationsgrenze* für verschiedene Zuckerarten verschieden ist und dass die Menge des in den Harn unzerstört übergehenden Zuckers um so grösser ausfällt, je mehr Zucker eingeführt wird. Jedoch findet diese Steigerung nicht derart statt, dass über eine gewisse Grenze hinaus sämmtlicher überschüssiger Zucker ausgeschieden wird. Diese Beziehungen haben auch für den Zuckerverbrauch des Diabetikers Geltung, der bei der leichten Form erst bei einer eine gewisse Grenze überschreitenden Zufuhr von Zucker zuckerhaltigen Harn liefert. Auch dem Diabetiker der schwereren Form geht die Fähigkeit, einen Theil der eingeführten Kohlehydrate zu zersetzen, nicht ganz ab. Durch Versuche an Hunden suchte Fr. Hofmeister (88) die Beziehungen zwischen Zufuhr und Ausscheidung der Zuckerarten festzustellen und Gesichtspunkte zur Beurtheilung der Frage nach der Entstehung des Diabetes mellitus zu gewinnen.

Die ausgeführten Versuche ergeben Folgendes: Wenn die untersuchten Zuckerarten (Dextrose, Levulose, Galaktose, Rohrzucker und Milchzucker) im Uebermaasse genossen werden, so werden sie im Harn abgeschieden. Die „Assimilationsgrenze", d. i. die Grösse, bis zu der die Zuckerzufuhr gesteigert werden muss, damit Uebertritt in den Harn erfolgt, ist für dasselbe Thier und dieselbe Zuckerart zu verschiedenen Zeiten annähernd dieselbe, für die einzelnen Zuckerarten dagegen verschieden. Galaktose und Milchzucker gehen am leichtesten in den Harn über, viel schwieriger Dextrose, Levulose und Rohrzucker. Die Menge des im Harn ausgeschiedenen Zuckers steigert sich mit der Erhöhung der Zufuhr; jedoch kommt nicht die gesammte über die Assimilationsgrenze hinaus zugeführte Zuckermenge zur Ausscheidung, sondern nur ein kleiner Bruchtheil derselben.

Bei Menschen fand Moritz (176) die Assimilationsgrenze sehr schwankend bei den einzelnen Individuen. Bei der einen Versuchsperson erschien schon bei Einnahme von 3.5 g pro kg Körpergewicht Zucker im Harn, bei einer anderen dagegen auf 6 g pro kg noch keine Spur. Am leichtesten erscheint nach Milchzuckeraufnahme Zucker im Harn, dann folgt Rohrzucker, die höchste Assimilationsgrenze hat Traubenzucker. Doch will M. diesen Satz nicht verallgemeinern, da auch hier vielleicht individuelle Verschiedenheiten vorkommen. Nach Milchzuckergenuss soll Dextrose im Harn erscheinen [!], nach Rohrzuckeraufnahme tritt sowohl Rohrzucker, als auch Dextrose auf. Die Ausscheidung dauert nur wenige Stunden, am längsten nach Rohrzuckeraufnahme, aber auch hier nur 6 Stunden höchstens. Dieser Flüchtigkeit der alimentären Glykosurien ist es zuzuschreiben, dass sie so selten zur klinischen Beobachtung kommen.

2) *Glykogen in der Leber.*

Dufourt (159) stellte durch Versuche an hungernden Hunden fest, dass von 2 nahezu gleichgrossen Thieren, die gleiche Nahrung erhielten, das eine, welches zugleich eine Dosis Natriumbicarbonat (2—5 g) bekam, stets mehr Leberglykogen bildete, als das Controlthier.

Diese Erscheinung kann auf zwei Arten erklärt werden: entweder findet eine stärkere und vollkommenere Assimilation statt oder die Umwandlung des Glykogens in Zucker wird durch das Alkalicarbonat verhindert. Im letzteren Falle müsste die Zuckermenge des Blutes vermindert sein, was indessen nicht festgestellt werden konnte.

3) *Experimenteller Diabetes.*

Während beim normalen Menschen und auch beim Hunde Stärkemehl in dem Maasse im Darm verzuckert wird, als der Zucker im Blute verbraucht wird, tritt nach Genuss von stärkemehlhaltiger Nahrung beim Diabetiker Zucker im Harn auf. Auch beim Hunde lässt sich nach den Beobachtungen Fr. Hofmeister's (148) durch mehrtägige völlige oder nahezu völlige Nahrungsentziehung eine Ernährungstörung hervorrufen, wodurch er sich für längere oder kürzere Zeit einem Diabetiker leichteren Grades gleich verhält, d. h. auf Zufuhr von Stärke Zucker im Harne ausscheidet. Glykosurie trat bei dem Hunde öfter schon nach 3—4 Tagen auf, bei jungen Thieren oft erst nach 3—4 Wochen.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

H. bezeichnet diese Erscheinung als *Hungerdiabetes*. Die Versuche zeigen, dass sowohl der zeitliche Verlauf, als auch die Menge des ausgeschiedenen Zuckers grossen Schwankungen unterliegt, und ferner, dass im Hungerzustand die Assimilationsgrenze für Traubenzucker sehr erheblich herabgedrückt ist. Diese Herabsetzung der Assimilationsgrenze ist keine scheinbare, vielleicht durch eine raschere Resorption des Zuckers begründete, sondern beruht in der That auf einer mangelhaften Ausnützung des bereits resorbirten Zuckers. Da der Hungerdiabetes mit dem Diabetes leichterer Form die grösste Aehnlichkeit hat, so ergiebt sich für letzteren eine entsprechende Theorie: „Der Diabetes der leichteren Form beruht auf einer Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Traubenzucker, bedingt durch eine Verminderung der Leistungsfähigkeit der zuckerassimilirenden Apparate. Die schwere Form des Diabetes könnte man ansehen als bedingt durch eine so tiefe Herabsetzung der Assimilationsgrenze, dass nicht blos der eingeführte Zucker, sondern auch ein Theil des im Organismus gebildeten der Assimilation entginge. Der Uebergang aus der leichteren in die schwere Form wäre dann nur als ein allmähliches Sinken der Assimilationsgrenze in Folge zunehmender Leistungsunfähigkeit der zuckerassimilirenden Apparate aufzufassen."

Seit der Beobachtung Claude Bernard's, dass Curarevergiftung vorübergehende Glykosurie verursache, ist eine Reihe von Substanzen entdeckt worden, die das Gleiche bewirken, so Kohlenoxyd, Amylnitrit u. A. Die bei diesen Mitteln auftretenden Zuckermengen sind sehr gering, während das Allgemeinbefinden stark gestört ist. Vor mehreren Jahren fand v. Mering im Phloridzin, einem in der Rinde verschiedener Obstbäume vorkommenden Glucoside, ein Mittel, starke Glykosurie ohne Veränderung des Allgemeinbefindens hervorzurufen.

v. Mering's (24) Untersuchungen zeigen, dass es sich wirklich um Ausscheidung von Traubenzucker handelt, dass bei Hunden, die längere Zeit ausschliesslich von Fleisch gelebt haben, nach Phloridzin Zucker im Harn auftritt, und dass mit Zunahme der Phloridzingabe der Zuckergehalt des Harns steigt, Beobachtungen, die von Sée u. Gley (18) bestätigt wurden. Die Ausscheidung beginnt einige Stunden nach der Aufnahme und hört nach 2—3 Tagen auf. Die Menge des ausgeschiedenen Zuckers ist unabhängig von der Nahrung, bei reichlicher Kohlehydratzufuhr wird nicht mehr Zucker entleert als bei ausschliesslicher Fleischkost. Der Eiweisszerfall wird bei den mit gemischter Kost oder Fleisch und Fett ernährten Thieren nicht gesteigert, wohl aber bei hungernden Thieren. Hier bringt Phloridzin neben Glykosurie eine grosse Steigerung des Eiweisszerfalles hervor, die bis 100% betragen kann. Erhält ein Hungerthier grössere Mengen von Fett, so erzeugt Phloridzin nur eine geringe Vermehrung des Eiweisszerfalls. Diese Erfahrungen v. Mering's sind von Moritz und Praussnitz (24) in einer grossen Zahl von Versuchen bestätigt und erweitert worden. Sie zeigten, dass die absolute ausgeschiedene Zuckermenge insofern abhängig von der zugeführten Nahrungsmenge ist, als um so mehr Zucker ausgeschieden wird je grössere Mengen Fleisch oder Kohlehydrate zugeführt werden, und zwar erscheint bei reiner Fleischkost relativ mehr Zucker im Harn als bei Kohlehydratkost. Wahrscheinlich beruht dies auf langsamerer Resorption der Stärke, so dass ein Theil derselben der rasch wieder abnehmenden Phloridzinwirkung entgeht. Bei Fleisch- und Kohlehydratkost wird nur ein kleiner Theil des theoretisch möglichen Zuckers im Harn entleert, ein Theil des Zuckers wird noch normal verwerthet, d. h. die Assimilation beim Phloridzinthier ist, wie beim schweren Diabetes, nicht vernichtet, sondern nur vermindert.

v. Mering hat ferner gezeigt, dass sowohl subcutane, wie intravenöse Phloridzinzufuhr Glykosurie erzeugt. Der Zuckergehalt des Blutes ist bei Phloridzindiabetes nicht erhöht, das Glykogen schwindet viel rascher beim hungernden Phloridzinthiere als bei reinem Fasten und selbst im Hungerzustande bildet der Organismus Kohlehydrat aus Eiweiss, d. h. es findet unter Einfluss des Phloridzin Zuckerausscheidung statt. Interessant ist die unter dem Einfluss des Phloridzin hervorgerufene Ausscheidung von Aceton und Oxybuttersäure, die Ausscheidung der letzteren geht gerade wie beim menschlichen Diabetes mit vermehrter Ammoniakausscheidung einher. Da es sich zeigte, dass das Phloridzin beim Menschen analog wirkt, erhielt ein Mann einen Monat hindurch täglich 2 g Phloridzin injicirt. Er schied ohne Störung des Allgemeinbefindens in diesen 30 Tagen 2727.9 g Zucker aus.

Was den durch operative Eingriffe erzeugten experimentellen Diabetes anlangt, so wird über den nach *Pankreasexstirpation* auftretenden Diabetes weiter unten berichtet werden. Hier sei noch die von Külz und Falkenberg (177) gemachte Beobachtung erwähnt, dass bei Hunden nach *Exstirpation der Schilddrüse* Diabetes auftritt, und zwar fand sich bei einem Thiere 3 Wochen, bei einem anderen 8 Tage lang ununterbrochen Zucker im Harn, während bei den übrigen Tage, in denen der Harn Zucker enthielt, mit zuckerfreien abwechselten. Neben der Zuckerausscheidung trat bei der Mehrzahl der Hunde Albuminurie auf. Aceton und Acetessigsäure waren nicht nachzuweisen.

Man könnte geneigt sein, diesen Diabetes als einen rein reflektorischen aufzufassen, doch spricht hiergegen der Umstand, dass bei der Mehrzahl der Hunde die Zuckerausscheidung bis zum Tode anhielt. Auch die Annahme, dass durch Krampfanfälle oder starke Dyspnöe der Diabetes verursacht sein könne, ist nicht haltbar, da die Zuckerausscheidung früher als jene Erscheinungen auftrat.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

So bleibt nur die Annahme übrig, dass die Schilddrüse eine zur Zeit noch unbekannte Bedeutung für den Ablauf des normalen Stoffwechsels hat.

4) *Pathogenese des Diabetes mellitus beim Menschen.*

Gegen die Ebstein'sche Hypothese, dass in Folge einer Verminderung des CO_2-Gehaltes des Blutes und der Gewebe bei Diabetikern der hemmend, bez. regulirend auf die saccharificirende Wirkung eines im Organismus vorhandenen Fermentes einwirkende Einfluss der CO_2 wegfalle und so die Veranlassung zum Auftreten von Zucker im Harn gäbe, wendet sich Leo (94).

Es ist möglich, in der Inspirationsluft einem Individuum eine mehr oder weniger grosse Menge CO_2 zuzuführen und so den Gehalt an CO_2 im Blut und in den Geweben zu erhöhen. L. brachte Diabetiker für 6—7 Std. in eine Atmosphäre, die gegen 2% CO_2 enthielt. Wäre nun die Abnahme des CO_2-Gehaltes der Gewebe die Veranlassung für das Auftreten von Zucker im Harn, so hätte demnach als Folge der Einathmung von CO_2 eine Abnahme des Zuckers im Harn eintreten oder derselbe völlig verschwinden müssen. Die Versuche zeigten aber, dass eine Vermehrung des CO_2-Gehaltes des Blutes und der Gewebe die Zuckerausscheidung nicht herabsetzt, dass daher eine Abnahme des CO_2-Gehaltes nicht die Ursache für das Auftreten von Zucker im Harn sein kann.

Ebstein (94, Diskussion) hält seine Theorie durch diese Versuche für durchaus nicht erschüttert, da nicht die verminderte CO_2 des Blutes das ätiologische Moment des Diabetes sei, sondern die im Protoplasma sich bildende CO_2. Die Wirkung der CO_2 in statu nascenti im lebenden Gewebe darf nach E. nicht mit der durch Einathmung aufgenommenen verglichen werden.

Für die Theorie Claude Bernard's eintretend, findet Germain Sée (60) die Ursache des Diabetes in der übertriebenen Steigerung einer physiologischen Funktion. Der normale Harn enthält stets Zucker und Spuren anderer Kohlehydrate, folglich ist die Zuckerbildung und Ausscheidung eine normale Erscheinung. Die gesteigerte Zuckerbildung, d. h. eine vermehrte Bildung des Glykogens und erhöhter Zerfall in Zucker wird durch eine erhöhte Leberthätigkeit bewirkt.

Zu einem gleichen Schlusse kommt auf experimentellem Wege Robin (64. 75). Durch zahlreiche Versuche weist er nach, dass der diabetische Organismus eine gesteigerte Oxydationsfähigkeit besitzt, und leitet hieraus eine erhöhte chemische Thätigkeit der Leber und des Nervensystems ab. Die erhöhte Thätigkeit der Leber beweisen 2 Thatsachen: die gesteigerte Harnstoffausscheidung und die vermehrte Hippursäurebildung im diabetischen Organismus. Für die erhöhten Funktionen des Nervensystems spricht die Beobachtung, dass die Ausscheidung des unvollständig oxydirten Phosphors im Harn des Diabetikers gegen die Norm vermindert ist. Diese Erscheinung sollen alle Organismen mit erhöhter funktioneller Nerventhätigkeit zeigen.

Im Gegensatz hierzu sieht Cantani (79) im Diabetes mellitus nicht das Resultat einer gesteigerten Zuckerproduktion in den Geweben, sondern einfach eine Nichtverbrennung der von aussen eingeführten oder normaler Weise innerhalb des Organismus producirten Kohlehydrate. Der Grund dafür soll in der abnormen mikrochemischen Funktion der chylopoëtischen Organe bestehen, wodurch beim Diabetiker der Zucker nicht in der Weise präparirt wird, dass er die regelmässige Verbrennung zu Wasser und CO_2 erfährt: sei es, dass das Ferment fehlt, das den Zucker zur Verbrennung vorbereitet, sei es, dass der diabetische Zucker ungeachtet seiner chemischen Aehnlichkeit mit der Glykose doch keine mit derselben Leichtigkeit verbrennbare Glykose darstellt. Von dieser Theorie ausgehend, bekämpft C. die Theorie Ebstein's. Die geringere Kohlensäureproduktion im diabetischen Organismus wird zugegeben, sie ist aber nicht die Ursache, sondern die Folge des Diabetes. Es ist unmöglich durch Ebstein's Theorie die Thatsache zu erklären, dass man bei dem Diabetiker, der auf dem Punkte angelangt ist, wo er von den eingeführten Kohlehydratmengen keine Spur mehr assimilirt, experimentell und nach Belieben den Zucker im Urin vermehren oder bis zum gänzlichen Verschwinden bringen kann, je nachdem man die Diät regulirt.

Seegen (23) steht bekanntlich auf dem Standpunkte, dass die Kohlehydrate der Nahrung an der Zuckerbildung in der Leber nicht betheiligt seien, dass vielmehr Eiweiss und Fett das Material sind, aus dem die Leber physiologisch Zucker in grossen Mengen bildet.

Nach einer ausführlichen Besprechung seiner Versuche und Ansichten sucht er auf Grund derselben die Entstehung der leichten und schweren Form des Diabetes zu erklären. Die Ursache der ersteren sieht er in einer Zuckerausscheidung, herbeigeführt durch die Unfähigkeit der Leberzellen, die eingeführten Kohlehydrate in normaler Weise zu verwerthen, indem entweder gar keine Glykogenbildung stattfindet oder das gebildete Glykogen nicht in normaler Weise verwerthet, sondern in Zucker übergeführt wird. Diese Diabetesform könnte man also *die hepatogene* nennen. Bei der 2. Form ist das Glykogen unbetheiligt. Hier hat der gesammte Organismus oder ein Theil desselben die Fähigkeit verloren, den in der Leber gebildeten und ihm durch das Blut zugeführten Zucker umzusetzen. Bei der schweren Form ist es also nicht ein Organ, das seine Funktionsfähigkeit eingebüsst hat, sondern das Zellenleben des Gesammtorganismus, das zur Vollbringung einer seiner wichtigsten Funktionen nicht mehr vollständig befähigt ist.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

5) *Beziehungen zwischen Pankreas und Diabetes.*

Schon seit längerer Zeit ist die Aufmerksamkeit der Forscher auf den Zusammenhang zwischen den Krankheiten des Pankreas und dem Diabetes gerichtet gewesen und schon vor mehreren Jahren hat Baumel (169) die Theorie von dem pankreatischen Ursprung des Diabetes zu vertheidigen und zu verallgemeinern gesucht. Lancereaux glaubte, dass besonders der Diabetes der Mageren von Pankreasaffektionen abhängig sei. Auch neuerdings sind solche Beobachtungen an Diabetikern von den pathologischen Anatomen gemacht worden. So beschreibt Bouisson (92) einen Fall von Verlegung des Wirsung'schen Ganges durch Conkretionen mit Verhärtung des Pankreas.

Lannois und Lemoine (138) berichten über 4 Fälle von Pankreasaffektionen, die sich als interacinöse Sklerosen darstellten. Diese Sklerose ging aus von den Gefässen, hauptsächlich von den Venen und Lymphgängen ohne wesentliche Alterationen der Ausführungsgänge, und unterschied sich somit scharf von den Veränderungen, die man durch Unterbindung des Ductus pancreaticus erhält: Ausdehnung der Ausführungsgänge, niemals aber interacinöse Sklerose.

Schliesslich berichtet Saundby (126. 133) über 15 secirte an Diabetes Gestorbene, bei denen er das Pankreas nur 4mal normal fand. 7mal war es atrophisch und in 5 Fällen abnorm fest und bindegewebig. Ferner beschreibt er eine atrophische Pankreascirrhose, bezüglich deren Einzelheiten auf das Original verwiesen werden muss.

Wenn durch diese und die früheren Sektionsergebnisse auch immer von Neuem der Blick auf das Pankreas gelenkt wurde und die Vermuthung rege wurde, dass dieses Organ für die Pathogenese des Diabetes von gewisser Bedeutung sei, so ist es doch erst neuerdings auf *experimentellem* Wege gelungen, in dieser Frage etwas klarer zu sehen.

Wie v. Mering und Minkowski (43. 87. 143) gefunden haben, werden Hunde, denen man das Pankreas vollständig exstirpirt, ausnahmelos und dauernd diabetisch, sofern die Thiere durch den Eingriff nicht zu Grunde gehen. Es handelt sich dabei nicht um eine vorübergehende Glykosurie, wie nach dem Zuckerstich oder gewissen Vergiftungen, sondern um einen echten Diabetes mellitus, wie er der schwersten Form dieser Krankheit beim Menschen entspricht. Neben der wochenlang bis zum Tode der Thiere andauernden Zuckerausscheidung im Harn beobachtet man auch Polyurie, Polydipsie und Polyphagie, dabei fortschreitende Abmagerung und Kräfteverfall trotz reichlicher Nahrungzufuhr. Die Zuckerausscheidung beginnt meist am folgenden Tage nach der Operation, bisweilen früher. Nach 24—48 Std. erreicht sie ihren Höhepunkt (5—11%). Selbst nach 7tägigem Hungern verschwindet der Zucker nicht aus dem Harn, wenn sich auch seine Menge erheblich verringert. Bei reichlicher Fütterung mit Brod und Fleisch entleerte ein Hund von 8 kg Körpergewicht längere Zeit hindurch 70—80 g Zucker täglich. Im späteren Verlauf finden sich im Harn neben Zucker auch noch reichliche Mengen von Aceton, Acetessigsäure und Oxybuttersäure. Der Zuckergehalt des Blutes ist erheblich gesteigert, bis gegen 0.5%. Das Glykogen der Organe verschwindet bis auf Spuren.

Dass wirklich die Ausschaltung der Pankreasfunktion den Diabetes verursacht, beweist die Thatsache, dass ein Diabetes nicht auftritt, wenn man das Pankreas nur partiell exstirpirt, wobei es ganz gleichgültig ist, von welchem Theil der Drüse ein Stück stehen bleibt. Es handelt sich dabei auch nicht um das Fehlen des Pankreassaftes im Darm, um das Ausbleiben einer Einwirkung auf die Ingesta, sondern um eine Störung, welche die Pankreasexstirpation für den intermediären Stoffwechsel im Innern des Organismus zur Folge haben muss. Es ist sehr wahrscheinlich, dass dieser Diabetes auf den Ausfall einer bisher noch unbekannten specifischen Funktion des Pankreas zurückgeführt werden muss, die für den Verbrauch des Zuckers im Organismus durchaus nothwendig ist. Die Frage: Ist der Verbrauch des Zuckers im Organismus nach der Pankreasexstirpation vollständig aufgehoben oder nur beeinträchtigt? wurde durch einen Versuch dahin beantwortet, dass der zugeführte Zucker vollständig im Harn zur Ausscheidung gelangt. Diejenige Funktion des Pankreas, vermöge deren dieses Organ den Verbrauch des Zuckers im Organismus zu vermitteln vermag, bildet aber eine specifische Eigenschaft desselben, welche keinem anderen Organe in gleicher Weise zukommt. Es liegt daher auch die Annahme nahe, dass jeder Störung des Zuckerverbrauchs eine Störung dieser specifischen Funktion des Pankreas entspricht.

Gegen die pankreatische Theorie, für die zahlreiche anatomische Befunde von Pankreasaffektionen bei Diabetischen und das Auftreten eines echten Diabetes mellitus nach Exstirpation des Pankreas sprechen, lassen sich zwei Einwände geltend machen.

1) Nicht in allen Fällen von Pankreaserkrankungen beobachtet man Zuckerausscheidung im Harn. Dem hält Minkowski (87) entgegen, dass schon die Erhaltung eines Stückchens von Pankreasgewebe, selbst wenn es nicht in Verbindung mit dem Ausführungsgange steht, genügt, um das Zustandekommen eines Diabetes zu verhindern. Es können also bei Erkrankungen dieses Organs die erhaltenen Zellen für die zu Grunde gegangenen vicariirend eintreten.

2) In Bezug auf den Einwurf, dass man nicht in allen Diabetesfällen Veränderungen am Pankreas finde, wird darauf hingewiesen, dass ein Urtheil über die Häufigkeit von anatomischen Veränderungen dieses Organs bei Diabetes zur Zeit noch nicht

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

möglich ist. Nur in einem geringen Theile der Sektionen ist bis jetzt mit genügender Sorgfalt auf etwaige Pankreasveränderungen geachtet worden. Hierbei muss eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung verlangt werden. Man darf aber auch nicht erwarten, dass in allen Fällen die Störung der Pankreasfunktion in anatomisch nachweisbaren Veränderungen des Organs ihren Ausdruck findet.

Indessen hält M. die Lehre vom pankreatischen Ursprung des Diabetes noch keineswegs für strikt erwiesen und glaubt, dass man schliesslich zu der Auffassung gelangen dürfte, dass die Glykosurie der Ausdruck einer Funktionstörung des Pankreas ist, wie die Albuminurie als Ausdruck einer Funktionstörung der Niere angesehen wird.

Die Versuche von v. Mering und Minkowski wurden von verschiedenen Forschern, zum Theil mit gleichem Erfolge, wiederholt; zuerst von Lépine (96), ferner von Defresne (104), der die Ursache des eintretenden Diabetes im Fehlen des Succus pancreaticus erblickt, von Rémond (121), Hédon (139. 141), der die Technik des Verfahrens wesentlich vervollständigte, von Lancereaux (173), Gaglio (150) und Bruschini (125).

Von den pathologisch-anatomischen Veränderungen an solchen Hunden, die durch Pankreasexstirpation diabetisch gemacht worden waren, berichtet Boccardi (137). In 12 Fällen fand sich stets die Leber verändert, entweder fettig degenerirt oder atrophirt. Bei 6 Hunden waren die gekreuzten Pyramidenstränge der Medulla atrophisch.

Den Versuch, eine Erklärung für die nach Pankreasexstirpation auftretende Glykosurie zu finden, unternahm Lépine (91. 93. 107. 115. 146. 160), dessen Theorie darin gipfelt, dass im Pankreas ein Ferment gebildet werde, das, in das Blut gelangt, den Blutzucker zu zerstören bestimmt sei. Nach der Entfernung des Pankreas fehlt dieses Ferment, der Zucker kann nicht verbrannt, sondern muss durch den Harn ausgeschieden werden. Die Fähigkeit des Blutes, den Zucker zu zerstören, nennt L. die *glykolytische Kraft* des Blutes und das diese Zerstörung bewirkende Ferment wird als *glykolytisches Ferment* bezeichnet. Diese Entdeckung stützt sich auf die schon früher (z. B. von Cl. Bernard) beobachtete Thatsache, dass der Zucker des Blutes in vitro allmählich verschwindet.

Diese Zuckerumsetzung, die nach dem Tode vor sich geht, bestimmt Lépine (160) auf folgende Weise. Ein Theil des frisch aus den Gefässen entnommenen Blutes wird sofort zum Kochen erhitzt und der Zuckergehalt wird ermittelt. Einen anderen Theil lässt er bei 39° 1 Stunde stehen und bestimmt darin den Zucker. Das Minus an Zucker, das die zweite Probe aufweist, bezeichnet er als glykolytische Kraft. Beim normalen Hunde werden bei der zweiten Bestimmung 20—40% Zucker weniger erhalten, die glykolytische Kraft des Hundeblutes beträgt also in der Norm 20—40. Bei fieberfreien Kranken wurde diese Kraft mindestens gleich 23 gefunden. Bei den fünf Diabetikern, die L. untersuchte, wurden dagegen sehr viel niedrigere Werthe erhalten: Die glykolytische Kraft schwankte zwischen 1.6—7.0. Die niedrigsten Zahlen entsprechen den schwersten Diabetesfällen. Das Blut von Hunden, die durch Pankreasexstirpation diabetisch gemacht worden waren, zeigte ebenfalls eine verminderte glykolytische Kraft. Sie schwankt am häufigsten um 6.

L. nimmt nun an, dass die glykolytische Kraft von einem Ferment abhängig sei, das hauptsächlich in den weissen Blutkörperchen enthalten ist. Dieses Ferment ist besonders stark vorhanden in der Lymphe des Ductus thoracicus und dem Blute der Portalvene. Dies will L. durch folgenden Versuch beweisen. Einer Hündin, die durch Exstirpation des Pankreas diabetisch gemacht war, wurde intravenös Chylus eines normalen, in der Verdauung begriffenen Hundes injicirt. Die Glykosurie sank sofort.

Die „unbekannte Funktion des Pankreas", die Minkowski annimmt, ist nach L.'s Meinung durch seine Versuche aufgehellt: Die Thätigkeit der Pankreaszelle soll darin bestehen, dass sie dem Blute und der Lymphe das glykolytische Ferment zuführt. Da nun auch nach Entfernung des Pankreas das Blut noch eine gewisse glykolytische Kraft besitzt, so können wahrscheinlich gewisse Eingeweidedrüsen eine vicariirende Thätigkeit entfalten (Boccardi [137]), aber die vorwiegende Aufgabe des Pankreas ist durch die Exstirpation dieser Drüse an Hunden unbestreitbar bewiesen.

Gegen diese Theorie Lépine's hat sich vor Allem Sansoni (168) gewendet: Auf Grund von sehr genauen Blutuntersuchungen bei Diabetikern und nicht diabetischen Kranken kommt er zu dem Ergebnisse, dass bei manchen Diabetikern die Ursache der Glykosurie in einer verminderten Zerstörung des Zuckers im Blute beruhen könne, dass aber die Ansicht Lépine's unbegründet sei. Vor allen Dingen bezweifelt S. die Richtigkeit der von Lépine erhaltenen Zahlen und die Genauigkeit seiner Methode, indem er auf die Zersetzungen des Zuckers im Blute hinweist, die durch die Gährungserreger der Luft bewirkt werden könnten. Die Existenz eines glykolytischen Ferments im Blute hält S. für durchaus nicht sicher begründet.

Anknüpfend an die Behauptung Lépine's, dass das glykolytische Ferment in der normalen Lymphe des Ductus thoracicus enthalten sei, zeigte Gaglio (150), dass Hunde, denen man bei Exstirpation des Pankreas gleichzeitig den linken Ductus thoracicus unterbindet, nicht diabetisch werden. Ja es gelang ihm sogar bei drei Hunden, die durch Entfernung des Pankreas diabetisch geworden waren, durch nachherige Unterbindung des Ductus thoracicus die Zuckerausscheidung zu unterdrücken. Folglich kann der Pankreasdiabetes

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

nicht durch die Abwesenheit eines zuckerzerstörenden Ferments veranlasst sein, sondern durch die Anhäufung einer zuckerbildenden Substanz, die durch die Lymphgefässe des Darms in das Blut gelangt. Doch kann es sich hierbei nicht um einen einfachen Transport von Zucker handeln, sondern, da der Diabetes auch bei längerem Hungern andauert, wahrscheinlich um ein Ferment, durch das das Glykogen der Organe in Zucker übergeführt wird. Zu einer ähnlichen Hypothese gelangt auch Hédon (139), der auf Grund seiner Versuche an Hunden, denen das Pankreas exstirpirt war (er fand neben den oben geschilderten Symptomen auch vermehrte Stickstoffausscheidung), annimmt, dass die Hyperglykämie von vermehrtem Gewebezerfall und gesteigerter Zuckerbildung herrührt. Diese Störung des Stoffwechsels wird durch die Anhäufung einer schädlichen Substanz im Blute verursacht, die normaliter im Pankreas zerstört wird. Pal (172) hat schliesslich im Pankreas ein zuckerzerstörendes Organ vermuthet. Danach sollte das aus dem Pankreas ausfliessende Blut zuckerärmer als das Carotisblut sein; Versuche an Hunden ergaben aber nur negative Resultate.

Neuerdings hat Hirschfeld (170) beobachtet, dass manche polyphage Diabetiker die eingeführten Eiweissstoffe sehr unvollständig resorbiren. Auch diese Thatsache kann zu Gunsten einer Verminderung der Pankreasfunktionen gedeutet werden, obwohl allerdings eine makroskopisch sichtbare Pankreasveränderung in den zur Sektion gekommenen Fällen noch nicht sicher nachgewiesen ist.

6) *Beziehungen zwischen Erkrankungen der Leber und Diabetes.*

Nach den Untersuchungen Glénard's (103. 119) die an 324 Diabetikern angestellt und in einer ausführlichen, mit zahlreichen Diagrammen versehenen Arbeit niedergelegt sind, besteht in 60% der Fälle eine Alteration der Leber, die sich meistens auf einen Lappen (68%), manchmal auf zwei (18%), seltener auf drei Lappen (14%) erstreckt. Die Beschränkung auf den rechten Leberlappen ist am häufigsten. Die Consistenz der Leber ist bei einem Drittel, die Empfindlichkeit bei einem Viertel der Pat. gesteigert. Bei 23% ist die Leber zugleich verhärtet und unempfindlich. Die häufigste dieser Leberveränderungen ist die Vergrösserung, die bei 34.5% gefunden wurde. Unter den verschiedenen Arten der Hypertrophie wurde wiederum die verhärtete und unempfindliche hypertrophirte Leber am häufigsten beobachtet, und zwar meistens mit Lokalisation im rechten Lappen. Hieraus wird geschlossen, dass die Leber des Diabetikers der Sitz einer Funktionstörung ist, deren verschiedene Stadien durch die beobachteten verschiedenartigen Befunde sich erkennen lassen, und zwar geht die Intensität des Diabetes mit der Hyperplasie der Leber parallel. Da man unter den Ursachen, die eine Alteration der Leber bewirken, als die am häufigsten vorkommende den Alkoholismus chronicus kennt, so glaubt Gl., unterstützt durch die Beobachtung, dass 35% seiner Pat. Alkoholiker waren, dass es einen *alkoholischen Diabetes* giebt, verursacht durch die unter dem Einfluss des Alkohols entstandene Hepatitis. Aber auch bei Pat., die frei von Alkoholismus sind, findet sich diese eigenthümliche Alteration der Leber und daraus lässt sich ersehen, dass auch andere diabetogene Faktoren durch Affektion dieses Organs den Diabetes herbeiführen. Gl. will deshalb entschieden der Leber eine wichtige Rolle beim Diabetes zuschreiben.

Während bisher von den pathologischen Anatomen die Leber von gestorbenen Diabetikern meistens als normal gross beschrieben wurde, hat Saundby (126. 133) sie meist vergrössert [1]) und schwerer gefunden. Nur in einer kleinen Zahl von Fällen war sie klein, blass und weich. Fettige Degeneration ist häufig, Hyperämie manchmal beobachtet worden. Die Consistenz ist bisweilen abnorm hart. Sehr häufig findet sich ein mässiger Grad von interstitieller Hepatitis, die gelegentlich bis zu deutlich ausgesprochener Cirrhose fortschreitet. Diese Cirrhose kann ohne Pigmentablagerung auftreten, sie findet sich aber auch mit bedeutender Pigmentirung der Leber.

Von dieser *hypertrophischen Lebercirrhose mit Pigmentablagerung* sind bisher 5 Fälle bekannt. Brault und Galliard (26) bringen ein weiteres Beispiel zur Kenntniss. Sie theilen die bisher bekannten Fälle in 2 Gruppen: solche, in denen zugleich Pigmentirung der Haut, Melanodermie, besteht (Broncediabetes), und solche, in denen dieses Symptom fehlt. Die von ihnen beschriebene Leber gehört der 2. Gruppe an, so dass jetzt jede Gruppe durch 3 Beobachtungen vertreten wird.

Der Pat., dessen Krankengeschichte kein besonderes Interesse bietet, erkrankte im Sommer 1885 an einem sehr schweren Diabetes, 6 Liter Harn pro die mit 8.5% Zucker. Er starb nach einem Jahre. Bei der *Sektion* zeigte sich die Leber, die schon während des Lebens als beträchtlich vergrössert befunden worden war, in beiden Lappen stark hypertrophirt. Färbung anscheinend normal. Oberfläche nicht glatt, sondern mit feinen vorspringenden Granulationen bedeckt. Auffallende Härte des Organs. Die histologische Untersuchung ergab eine ausgesprochene Cirrhose, gleichmässig von Portal- und Lebervenen ausgehend. Alle Leberzellen enthielten Pigment in mehr oder weniger reichlicher Menge, entweder als feinen grauen Staub oder in schwarzen Schollen, sowohl die atrophirten als die noch nicht von der Cirrhose betroffenen Zellen. Ferner fand sich Pigment in den Zellen des Bindegewebes, besonders um die Portalvenenäste herum, in den glatten Muskelfasern der Arterien und Venen und besonders stark in den Endothelzellen der Capillargefässe. An den übrigen Organen keine Veränderungen, besonders keine Pigmentirungen, auch nicht auf der Haut.

Zur Erklärung dieser Pigmentablagerung haben Hanot und Chauffard an eine Hyperproduk-

[1]) Auch Rosenbach (123) beobachtete in 8 Fällen von Diabetes eine Lebervergrösserung. Bei der Sektion zeigte sich ausgesprochene Muskatnussfettleber.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

tion von Pigment durch die Leberzellen gedacht. Letulle nimmt dagegen eine abnorme Zersetzung des Hämoglobins an. Brault und Gaillard glauben, dass die Leberzelle derartig alterirt wird, dass sie nicht mehr im Stande sei, den ihr normaler Weise zugeführten, aus den zerfallenen rothen Blutkörperchen stammenden Farbstoff zu verarbeiten. Die Umwandlung in Gallenfarbstoff hört auf und an Ort und Stelle lagert sich Pigment ab. Dafür spricht ihnen, dass die Leberzellen um so mehr verändert und pigmentirt sind, je kleiner sie geworden sind, gerade als ob die Consistenz und die Menge des Farbstoffs sich in gleichem Maasse vermehrten, wie das Zellprotoplasma schwindet. Wenn es sich um eine gesteigerte Pigmentproduktion handelte, so würde die hypertrophische Leberzelle um so mehr Pigment enthalten, je weniger sie verändert wäre.

7) *Erkrankungen des Nervensystems und Diabetes.*

Goodhart (108) berichtet über mehrere Fälle von *vorübergehender Glykosurie* bei Leuten, die theils durch Gemüthsbewegungen, theils durch Ueberarbeitung in hohem Grade nervös afficirt waren. Das Gemeinsame dieser äusserst weitschweifig geschriebenen Krankengeschichten ist, dass die Glykosurie öfters bei demselben Individuum wiederkehrte, dass Wiederherstellung erfolgt unter Anwendung von Strychnin, Chinin, Arsenik, sorgfältiger Diät, Ruhe und Ortsveränderung. G. ist der Ansicht, dass der echte Diabetes in den meisten Fällen durch eine Erkrankung des Centralnervensystems verursacht sei. Die transitorische Glykosurie nervösen Ursprungs beruhe auf demselben Process und unterscheide sich von der Dauerform nur durch ihre Remissionen.

Im Anschluss an früher berichtete Fälle von Diabetes in Folge von *Geschwulstbildungen im 4. Ventrikel* theilt Michael (61) folgenden Fall mit.

Ein 20jähr. Bergmann, aus gesunder Familie stammend, ohne irgend welche hereditäre Belastung, bemerkte im August 1887 starke Zunahme des Durstes und der Harnmenge. Im October in das Spital aufgenommen. Patellarreflexe fehlten. Polyurie. Acetonurie. Nach einigen Wochen Tod im Koma.

Die *Sektion* ergab im 4. Ventrikel einen freien *Cysticercus racemosus,* ausgedehnte Granulationen und polypöse Wucherungen des Ependym dieses Ventrikels. Andere Ursachen für die Entstehung des Diabetes waren nicht aufzufinden.

8) *Traumatischer Diabetes.*

Vogel (68) theilt folgenden Fall mit.

Einem Feuerwehrmann fiel bei einem Brande ein Balken auf den Nacken, so dass er bewusstlos in die Klinik gebracht wurde; nach einigen Tagen verliess er die Klinik anscheinend ganz gesund, doch schon nach wenigen Wochen zeigte er Erscheinungen eines schweren Diabetes, an dem er im Verlaufe von wenigen Jahren zu Grunde ging. Bei der *Sektion* wurde in der Medulla nichts gefunden, doch liegt es nahe, anzunehmen, dass die Erschütterung des Rückenmarks bei dem vorher kräftigen, herkulisch gebauten Manne die Krankheit hervorrief.

Die Entscheidung, vor die ein Gerichtsarzt gestellt ist, wenn es sich darum handelt, die Beziehungen festzustellen, die zwischen einer diabetischen Erkrankung und einem vorhergegangenen Trauma bestehen, ist besonders heikel. Die verschiedenen dabei in Frage kommenden Zweifel zu beleuchten und zu lösen, ist der Zweck einer von Brouardel und Richardière (25) verfassten Untersuchung. Indem sie die nur vorübergehende, hinlänglich beschriebene, traumatische Glykosurie, die nicht zu gerichtlichen Entschädigungsklagen Veranlassung giebt, bei Seite lassen, stellen sie zunächst die Frage: Giebt es einen traumatischen Diabetes? Darüber besteht kein Zweifel. Zahlreiche Beobachtungen beweisen, dass der Diabetes sich mehr oder weniger rasch nach einem Trauma zeigen kann, jedoch muss gefragt werden, ob nicht das Trauma blos die gelegentliche Veranlassung zu einer vorhandenen Anlage ist, die Ursache eines Diabetes, der sich früher oder später so wie so entwickelt hätte. Die Anlage ist nicht wegzuleugnen, indessen stellt sie nur eines der ätiologischen Momente dar. Der traumatische Diabetes entwickelt sich ja auch in solchen Fällen, in denen es unmöglich ist, bei dem Verletzten das geringste Anzeichen einer Anlage aufzufinden. Uebrigens ist für den Gerichtsarzt die Frage nach der Anlage nur eine sekundäre, allein das Trauma ist wichtig und muss für die daraus folgenden Erkrankungen verantwortlich gemacht werden. Im Vergleich zu anderen ätiologischen Momenten kommt das Trauma anscheinend nicht sehr häufig vor. Griesinger hat unter 225 Fällen 20 von traumatischem Diabetes aufgefunden, Frerichs erwähnt 8 Fälle. Die in vorliegender Arbeit mitgetheilten 33 Beobachtungen umfassen 25 Männer und 8 Frauen. Alle Lebensalter sind vertreten, das mittlere (von 25—60 Jahren) naturgemäss am meisten. Fast alle Verletzten erfreuten sich vor dem Unfall einer völligen Gesundheit; weder hereditäre Belastung, noch disponirende Krankheiten werden erwähnt. Ebenso wie die traumatische Glykosurie zeigt auch der traumatische Diabetes sich nach allen Arten von Traumen. Am häufigsten tritt er auf nach einem Trauma des Kopfes (17mal), sei es nach einer Schädelfraktur oder einer einfachen Contusion. Alle Theile des Kopfes können betroffen werden. Dann folgen nach der Häufigkeit Fälle oder Schläge auf die Wirbelsäule und die Lumbalgegend und schliesslich die verschiedensten Verletzungen des Rumpfes und der Glieder. Erwiesenermaassen kann ein peripherisches Trauma, wenn es nur heftig genug ist, Diabetes herbeiführen, wobei es gar nicht nöthig ist, dass die betroffene Körperstelle mit den nervösen Centren in Beziehung steht. Auch ist es nicht erforderlich, dass in Folge des Unfalles starke nervöse Störungen eintreten. Nur in 5 Fällen trat Bewusstlosigkeit auf, 1mal zeigten sich die Erscheinungen von Commotio cerebri.

Von 25 Fällen, in denen genaue Angaben über den Zeitpunkt des Auftretens der ersten diabetischen Symptome vorlagen, stellte sich der Diabetes

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

8mal innerhalb von 2 Tagen, 4mal in der 1. Woche ein. In den anderen Fällen zeigte er sich später, 3 Wochen bis 5 Mon. nach dem Trauma. In einem Falle enthielt der Harn 1 Jahr nach einem Eisenbahnunfall, bei dem Pat. eine Verletzung des linken Beines erlitten hatte, keinen Zucker, dagegen 4 Mon. später eine erhebliche Menge. In einem anderen von Frerichs berichteten Falle entwickelte sich der Diabetes sogar erst nach 4 Jahren. Die Beobachtungen, in denen die Verletzten erst nach sehr langer Zeit (mehr als 5 Jahre) diabetisch wurden, halten aber Br. und R. hinsichtlich der Ursache für zweifelhaft, falls nicht sich in dieser Zeit andauernd schwere nervöse Störungen gezeigt haben.

Folgt der Diabetes unmittelbar auf das Trauma, so sind die Symptome sehr charakteristisch. Der Pat. zeigt Polydipsie, Polyurie und mehr oder weniger bedeutenden Zuckergehalt des Harns. Schwieriger ist das erste Auftreten des Diabetes zu erkennen, wenn es später erfolgt. Dann sind bisweilen die Klagen der Kr. derartige, dass der Arzt an Neurasthenie oder an Simulation denkt. Die Glykosurie kann manchmal ganz vereinzelt auftreten und die anderen Symptome des Diabetes folgen erst später nach. Br. und R. betonen gegenüber Seegen, dass sie diese Fälle nicht für Glykosurien halten, die in Diabetes übergehen, sondern es besteht Diabetes von dem Zeitpunkt an, wo die Glykosurie festgestellt ist, vorausgesetzt, dass die anderen Erscheinungen später dazu kommen. Ausnahmeweise schliesst sich der Diabetes an verschiedene Blasenstörungen (Strangurie, Anurie), an Albuminurie und an vollständige Aufhebung der sexuellen Funktionen an.

Die *Symptome* des traumatischen Diabetes bieten keine Abweichungen von denen der anderen Diabetesformen. Ebenso sind fast alle Complikationen des gewöhnlichen Diabetes beobachtet worden. Besonders häufig und charakteristisch sind die nervösen Complikationen, die manchmal dem traumatischen Diabetes einen ganz besonderen Charakter geben. Die Sensibilität ist am häufigsten gestört. Die Kranken klagen über anhaltende Schmerzen oder leiden an Neuralgien von wechselnder Stärke, die anfangs nur am Ort des Trauma bestehen, sich aber später über den ganzen Körper verbreiten. Abnorme Empfindungen wie bei Neurasthenikern können ebenfalls auftreten. Ferner ist sowohl Hyperästhesie, wie auch Anästhesie beobachtet worden. Gleich häufig sind psychische Störungen, wie Hypochondrie und Melancholie. Manche Kranken zeigen auch Paralysen der motorischen Sphäre, besonders der Augennerven.

Der *Verlauf* des traumatischen Diabetes ist je nach dem Beginn völlig verschieden. Diejenige Form, die unmittelbar nach dem Trauma mit Polydipsie, Polyurie, Glykosurie beginnt („diabète précoce"), endigt immer mit Heilung. 2—3 Wochen, bisweilen 1—2 Monate später stellen sich die geschwundenen Kräfte wieder ein, das lebhafte Hunger- und Durstgefühl schwindet, ebenso der Zuckergehalt des Harns. Nur die Polyurie bleibt noch einige Wochen bestehen und erst 2—3 Monate nach dem Trauma tritt völlige Genesung ein. Ganz verschieden ist der Verlauf der anderen Form, die erst längere Zeit nach erlittenem Trauma sich entwickelt, bei der die Symptome nacheinander auftreten („diabète retardé"). Hier zählt die Krankheitsdauer nach Monaten und Jahren. Die *Prognose* ist sehr ungünstig, am häufigsten ist tödtlicher Ausgang.

Bezüglich der *pathologischen Anatomie* des traumatischen Diabetes liegen bisher nur wenige Sektionsberichte vor. Besonders interessant ist ein von Frerichs berichteter Fall, in dem es gelang, auf dem Boden des 4. Ventrikels zahlreiche bedeutende Blutungen festzustellen. Der Kranke litt an einem Diabetes, der erst ein halbes Jahr nach dem Trauma (Fall von einem Gasometer) aufgetreten war und nach 2 Jahren zum Tode führte.

Diagnose. Der traumatische Diabetes der ersten Form könnte nur mit traumatischer Glykosurie verwechselt werden. Indessen geht diese doch nur ausnahmeweise mit Polydipsie und Polyurie einher und verschwindet nach wenigen Tagen, während der Diabetes „précoce" von allen Symptomen des gewöhnlichen Diabetes begleitet wird und mehrere Wochen dauert. Da der Ausgang dieser Form regelmässig günstig ist, so giebt sie fast nie Veranlassung zu gerichtsärztlichen Gutachten. Der Sachverständige hätte nur dann Veranlassung, sich vorsichtig über einen solchen Diabetes zu äussern, wenn der Kr. durch seine Constitution (Fettleibigkeit, Gicht, Ernährungstörungen) zu Diabetes beanlagt erschiene. In solchen Fällen kann der Diabetes vorübergehend verschwinden und in Folge von Anstrengung, Gemüthsbewegung wieder auftreten.

Bei der Diagnose der zweiten Form des traumatischen Diabetes kommen für den Sachverständigen hauptsächlich die Beziehungen zwischen dem Trauma und dem Diabetes in Betracht. Leicht ist die Frage, ob der Diabetes durch das Trauma veranlasst ist, dann gelöst, wenn kurze Zeit vor dem Unfall bei dem Betroffenen das Fehlen jedes diabetischen Symptomes, die Abwesenheit von Zucker im Harn vom Arzte festgestellt wurde und nach erlittenem Trauma Abmagerung, Entkräftung u. s. w. und Glykosurie auftraten. Da diese vorherige Untersuchung wohl sehr selten stattgefunden haben wird, so ist die Diagnose häufig sehr schwierig. Hierbei sind vor Allem folgende Punkte zu erwägen: 1) Aus der Art und dem Sitz des Trauma lassen sich im Allgemeinen keine Schlüsse ziehen. Zu bedenken ist nur, dass besonders häufig nach Schädel- und Wirbelsäulenverletzungen Diabetes auftritt (22mal auf 30 Fälle). Derartige Traumen würden zu Gunsten eines traumatischen Ursprungs des Diabetes sprechen. Ferner machen nervöse Störungen, die vom Unfall hervorgerufen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

wurden, starke Gehirnerschütterung, vorübergehende Paralysen, Schwindel und Zittern einen traumatischen Ursprung wahrscheinlich. 2) Muss sorgfältig festgestellt werden, ob schon vor dem Trauma diabetische Symptome bestanden haben. 3) Selten wird das Befinden des Patienten in der Zeit zwischen dem erlittenen Trauma und dem Auftreten des Diabetes ganz normal. Auch bei ganz leichtem Trauma schreitet die Heilung nur langsam oder gar nicht vorwärts. Besonders wichtig ist das Bestehenbleiben der oben erwähnten nervösen Symptome.

9) *Malariaintoxikation und Diabetes.*

Verneuil sprach 1881 die Ansicht aus, dass Malaria häufig vorübergehende oder andauernde Glykosurie erzeuge. Verschiedene Forscher wandten dagegen ein, dass, wenn auch bisweilen leichte vorübergehende Glykosurie in Folge der Fieberanfälle auftrete, doch der echte Diabetes selten sei und eine direkte pathogene Beziehung zwischen beiden Erkrankungen sehr zweifelhaft erscheine. Mossé (19) hat eine grosse Anzahl von Malariakranken beobachtet und ihren Harn nicht nur am Tage des Anfalls, sondern auch mehrere Tage nach Aufhören des Fiebers auf Zucker untersucht. Das Resultat war fast immer negativ. Nur in 2 Fällen gelang es ihm, eine leichte vorübergehende Glykosurie nachzuweisen. Beide Kr. waren durch besondere Umstände zu Glykosurie geneigt.

Im ersten Falle handelte es sich um eine stillende Frau, deren Harn, 3 Tage nach dem Fieberanfall untersucht, eine sehr schwache Reduktion zeigte. Da Frauen häufig während der Laktation Zuckergehalt des Harns haben, so ist die Bedeutung dieser Beobachtung mindestens zweifelhaft. Der zweite Patient, ein Mann mit dem Habitus eines Arthritikers, der an Interm. tertiana litt, kam am Tage nach einem Anfall in das Spital. Zwei Tage nach der Aufnahme waren Spuren von Zucker im Harn, dann an 2 Tagen zuckerfreier Harn, am nächsten Tage 0.3% Zucker, am folgenden Spuren, worauf der Harn dauernd zuckerfrei blieb. Während der ganzen Zeit bis zu seiner Entlassung war Pat. fieberfrei.

Ausser dem arthritischen Habitus, durch den eine Neigung zu Diabetes bedingt sein könnte, liess sich keine besondere Ursache für den Uebergang des Zuckers in den Harn auffinden. M. glaubt, dass die Malariainfektion in diesem Falle begünstigend mitgewirkt habe, dass aber Beobachtungen, wie diese beiden, nicht genügen, um die Existenz einer durch Malaria verursachten Glykosurie zu behaupten.

10) *Beziehungen zwischen Syphilis und Diabetes.*

Im Anschluss an den Ausspruch Ebstein's, dass zur Entwickelung des Diabetes eine bestimmte Anlage, eine individuelle Disposition vorhanden sein müsse, die fast stets angeboren sein dürfte und nicht selten vererbt sei, stellt Schnée (37) als neue Entdeckung die These auf, dass der Diabetes eine hereditäre Constitutionskrankheit sei und auf Protoplasmadegeneration beruhe. Diese hereditäre Prädisposition ist veranlasst durch Lues irgend eines Vorfahren. Zur Stütze dieser Anschauung werden 12 Fälle mitgetheilt.

Decker (131) beschreibt einen Fall von angeborener Lues mit Chorioretinitis und Glykosurie. Der Zucker im Harn verschwand durch eine Schmierkur, obwohl nicht unerhebliche Mengen von Kohlehydraten genossen wurden. Man muss sich allerdings fragen, ob es sich hier nicht blos um accidentelle Glykosurie, veranlasst durch eine syphilitische Geschwulst im Gehirn, gehandelt hat und gar nicht um richtigen Diabetes. Auch Güntz (98) glaubt, dass in den Fällen, in denen eine Quecksilberkur den Zuckergehalt des Harns verschwinden lässt, kein eigentlicher Diabetes vorliegt, sondern accidentelle Glykosurie. Dieser Glykosurie gegenüber ist eine Quecksilberkur erfolgreich, dagegen warnt Güntz, indem er einen einschlägigen Fall mittheilt, vor der Anwendung der Schmierkur bei gleichzeitig neben Diabetes bestehender Syphilis. Man hat allerdings beobachtet, dass während des Gebrauches der Quecksilberkur bei Diabetes der Zucker im Harn vermindert wurde oder auch ganz schwand. G. erklärt dies dadurch, dass durch das Quecksilber der Zerfall der Eiweisskörper in einem solchen Grade erhöht wird, dass während der Vorgänge des Stoffwechsels bei diesem künstlich erhöhten Eiweisszerfall es gar nicht mehr oder doch in vermindertem Grade bis zur Stufe der Zuckerbildung kommt. Im Harn findet sich der Harnstoff erheblich vermehrt.

In dem mitgetheilten Falle hatte der Kr., der, vor 14½ Jahren syphilitisch inficirt gewesen, Vater eines gesunden Kindes war, sich gegen Anrathen des Arztes eine Schmierkur verordnet, weil er die in Folge des Diabetes auftretenden weissen Flecke der Mundwinkel und Zunge und wiederholte balanitische Erscheinungen für syphilitisch hielt. Hierauf kam der Kranke zusehends herunter und ging 3 Monate nach der Schmierkur an akuter Tuberkulose zu Grunde. Diesen rapiden Verfall hält G. für veranlasst durch die unpassende Quecksilberkur, sowie auch durch die nach derselben ebenfalls gegen ärztliches Anrathen gebrauchten Seebäder, die gleichfalls den Stoffumsatz und den Eiweisszerfall so bedeutend erhöhen, dass die Ernährung darunter leidet.

11) *Uebertragbarkeit des Diabetes.*

Unter einem Material von 2320 Diabetikern hat Schmitz (110) 26mal eine Beobachtung gemacht, die sich fast regelmässig so verhielt: Eine völlig gesunde Person pflegt einen Diabetiker, schläft mit ihm in demselben Zimmer und verkehrt sehr intim mit ihm. Gewöhnlich handelt es sich um Ehemann oder Ehefrau. Obwohl weder eine erbliche Belastung, noch die entfernteste Verwandtschaft zwischen beiden besteht, noch sich sonst eine Ursache feststellen lässt, wird diese Person plötzlich diabetisch. Diese Beobachtungen vermehrte Schmitz später (171) noch um 7 Fälle, auch Rémond (118) theilte 22 einschlagende Beobachtungen mit. Es liegt die Frage nahe: ob nicht in jedem einzelnen der beschriebenen Fälle eine Uebertragung des Diabetes stattgefunden habe, die durch den längeren, sehr

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

intimen Verkehr mit einem Diabetiker ermöglicht und wesentlich begünstigt worden war? Schmitz zweifelt nicht daran, dass bei der Aetiologie des Diabetes die Uebertragbarkeit mit in Betracht kommt. Als Hauptursache wird analog unseren Anschauungen von der Tuberkulose eine angeborene, bez. ererbte diabetische Disposition angenommen.

B. Pathologisch-Anatomisches.

Saundby (126. 133) hat eine kritische Zusammenstellung der bisher bei Diabetikern gemachten pathologisch-anatomischen Befunde gegeben, die sich zum Theil auch auf eigene Beobachtungen beziehen. Hinsichtlich der pathologischen Veränderungen der Leber und des Pankreas sind diese Mittheilungen schon oben erwähnt worden.

a) *Nervensystem.* Das *Gehirn* war in 27 Fällen nur 5mal ohne Veränderungen. Meist fanden sich Oedem, Hyperämie und Verdickung der Häute. Diese Veränderungen sind dem Diabetes natürlich nicht eigenthümlich und ohne Beziehung zu seiner Pathogenese. Nicht ein einziges Mal wurden Tumoren im 4. Ventrikel gefunden. Das diabetische Gehirn hat eine unzweifelhafte Neigung zu Cystenbildung in der weissen Substanz. Solche Cysten wurden gefunden in den Frontallappen, der Medulla oblong., der Brücke, im Plexus chorioideus. Sie sind vollkommen frei von Blutfarbstoff, bisweilen so klein, dass sie kaum den Namen Cyste verdienen, andere erreichen Bohnengrösse. In anderen Fällen fand sich Dilatation der Seitenventrikel und des Aquaeductus Sylvii. Die mikroskopische Untersuchung der Grosshirnrinde der Basalganglien und der Medulla oblong. war ohne Ergebniss. Nur in einem Falle waren die Capillaren des Vaguskernes abnorm zahlreich und blutreich. Niemals fanden sich kleine Hämorrhagien.

Eine interessante Beobachtung haben wir Fütterer (15) zu verdanken, der bei Diabetes in den Capillargefässen der Grosshirnrinde reichliche Ablagerungen von Glykogen constatiren konnte. Die peripherischen Rindennervenfaserschichten fehlten theilweise. In demselben Gehirn fanden sich in der Grosshirnrinde und in anstossenden Theilen der Marksubstanz zahlreiche hyaline Kügelchen, die keine Jodreaktion gaben.

Bezüglich der Veränderungen im *Rückenmark* giebt S. an, dass in den wenigen Fällen, wo es sorgfältig untersucht wurde, sich nur sekundäre Ernährungstörungen fanden: Dilatation des Centralkanals, Vermehrung des perivaskulären Bindegewebes und lokale Erweichungen. Glykogen ist von Fütterer in reichlicher Menge gefunden worden.

An den Spinalnerven konnte S. nie etwas Abnormes finden, dagegen beobachtete er in Uebereinstimmung mit anderen Autoren (Duncan, Percy, Hale White) öfters die Ganglia semilunaria vergrössert, einmal Bindegewebewucherung und Atrophie des Nervengewebes. Er weist auf die Wichtigkeit dieser Befunde hin in Bezug auf die durch Zerstörung verschiedener Sympathicusganglien experimentell bewirkte Glykosurie.

b) *Cirkulation.* In ungefähr 40% der Fälle S.'s war das *Herz* anscheinend ohne Veränderung, eben so oft blass und welk, selten dilatirt, hypertrophirt oder deutlich verfettet. Doch meint S., dass im Allgemeinen Herzverfettung häufiger bei Diabetes vorkommt. Auch Sandmeyer (174) hat neuerdings bei einem 9jähr., im diabetischen Koma gestorbenen Kinde starke Verfettung der Herzmuskulatur constatirt. Klappenerkrankung fand Saundby nur 1mal. Glykogenablagerungen im Herzmuskel fanden sich ebenfalls nur 1mal und in sehr geringer Quantität.

Das *Blut* zeigte sich immer sehr fettreich, so dass sich beim Stehen eine Rahmschicht an der Oberfläche bildete. Aceton konnte nicht darin gefunden werden.

Coats (72) hat in 2 Fällen, über die später berichtet werden wird, ebenfalls reichliche Lipämie beobachtet.

c) *Respirationsapparat.* In den *Lungen* sind Erkrankungen bei Diabetes bekanntlich sehr häufig und S. sah sie nur in 17% seiner Fälle frei von Veränderungen. Gewöhnlich fand man Oedem und Hyperämie, sehr oft auch Phthise (27%), je 1mal kleine Erweichungsherde, hämorrhagischer Infarkt, Abscess und Gangrän. Fettembolien der Lunge haben Sandors und Hamilton eine wichtige Rolle bei der Pathogenese des diabetischen Koma zugeschrieben. S. hält sie für postmortale Erscheinungen, veranlasst durch das Zusammenrinnen des in molekularer Vertheilung suspendirten Fettes.

d) *Verdauungstractus.* Im *Magen* fand S. nur ein einziges Mal in 11 Fällen keine pathologische Veränderung, 3mal beobachtete er Hämorrhagien, besonders am Pylorus, eben so oft Dilatation, in 2 Fällen Hyperämie der Schleimhaut, je 1mal Erweichung und chronischen Katarrh. Im Darmkanal fanden sich nicht selten katarrhalische Veränderungen. Im Duodenum wurden Hämorrhagien ähnlich denen im Magen angetroffen.

e) *Nieren.* S. fand in keinem Diabetesfalle die Nieren ganz normal, obwohl manchmal die Veränderungen nur unbedeutend waren. Meistens beobachtete er eine leichte fettige Degeneration. Solche Nieren sind gewöhnlich vergrössert und die Kapsel ist oft adhärent. Bisweilen ist die Rinde verschmälert.

Bezüglich der histologischen Veränderungen hat Straus 1885 eine für den Diabetes charakteristische Erkrankung der Harnkanälchen beschrieben, die ausschliesslich auf die Grenzzone zwischen Rinde und Pyramiden beschränkt ist, wo sie besonders die geraden Harnkanälchen und bisweilen die Sammelröhren betrifft. Er schildert sie als eine hyaline oder glasige Metamorphose der Epithelzellen, verbunden mit Glykogeninfiltration, die er nach ihren ersten Beobachtern als Armanni-Ehrlich'sche Degeneration bezeichnete. Er hielt damals die von Ehrlich beschriebene Glykogeninfiltration für identisch mit der von Armanni beschriebenen hyalinen Metamorphose, nur durch die angewendeten Reagentien ein anderes histologisches Bild darbietend, aber demselben krankhaften Process entsprechend. In einer zweiten Mittheilung (40), über 3 Diabetesfälle mit Sektion, berichtet Str., dass er, obwohl die hyaline Degeneration in charakteristischster Weise vorhanden war, niemals die geringste Spur von Glykogen in den erkrankten Stellen entdecken konnte. An ein postmortales Schwinden des Glykogen war nicht zu denken, da wenigstens in dem einen Falle, wo die Sektion schon 6 Stunden post mortem erfolgte, im Herzmuskel noch deutlich Glykogen vorhanden war. Str. hält es für wahrscheinlich, dass die Glykogeninfiltration, die ohne Zweifel bestanden hat, schon während des Lebens durch eine unbekannte Ursache geschwunden ist. Man wird also die hyaline Degeneration Armanni's, als die beständigere Veränderung, häufiger in den Nieren der Diabetiker finden, als die Glykogenablagerungen Ehrlich's.

Als eigenthümlich für Diabetiker, die im Koma gestorben sind, beschreibt Fichtner (62) eine charakteristische Verfettung der Nierenrinde, eine Beobachtung, die Sandmeyer (174) in einem Fall mit Koma bestätigt fand. Diese Veränderung besteht in Auftreten von Fett lediglich an der Basis der Zellen, wo die Fetttröpfchen an der Membrana propria perlschnurartig aufgereiht liegen. Die Verfettung tritt nur an solchen Kanälchen auf, die frisches Epithel tragen. Ein Diabetesfall ohne Koma zeigte keine Spur jener typischen Verfettung. In keinem Falle konnte F. die oben erwähnte hyaline Nekrose finden, jedesmal aber eine glykogene Infiltration der Henle'schen Schleifen, und stimmt auch hierin mit Sandmeyer überein, so dass die Annahme

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

von Straus, dass es sich bei beiden Veränderungen um denselben Process handele, hinfällig erscheint.

Ueber die durch kleine Dosen *von Aceton in den Nieren hervorgerufenen Veränderungen* haben, wie Saundby berichtet, Albertoni und Pisenti (Arch. per le scienze med. XI. p. 129) Versuche an Kaninchen angestellt. Sie fanden körnige Degeneration des Epithels der gewundenen Harnkanälchen mit erhaltenen Kernen, völlige Nekrose des Epithels der Bowman'schen Kapsel. Die Glomeruli waren nicht afficirt. (Schluss folgt.)

C. Bücheranzeigen.

1. **Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere**; von Dr. Ludwig Edinger. 4. umgearb. Auflage. Leipzig 1893. F. C. W. Vogel. Gr. 8. VIII u. 220 S. mit 145 Abbildungen. (7 Mk.)

Die Leser der Jahrbücher wissen durch die ausgezeichneten Uebersichten Edinger's, wieviel in den letzten Jahren über die Anatomie der nervösen Centralorgane gearbeitet worden ist. Es ist daher begreiflich, dass trotz der raschen Folge der Auflagen des E.'schen Buches eine jede „umgearbeitet" ist. Von der 4. sagt der Vf.: „Man wird in der vorliegenden Auflage ausführlicher als in den früheren die Verhältnisse am Thiergehirn mit berücksichtigt finden. Dann sind einzelne Theile, namentlich die Riechfaserung, die Züge aus dem Stammganglion und der Thalamus opticus völlig neu bearbeitet worden".

Wir wünschen dem Vf. Glück zu dem Erfolge seines Werkes. Möbius.

2. **Psychiatrie**, *ein kurzes Lehrbuch;* von E. Kraepelin. 4., vollständig umgearbeitete Auflage. Leipzig 1893. A. Abel. Gr. 8. XV u. 702 S. (13 Mk. 50 Pf.)

K.'s Buch ist äusserlich, durch ein grösseres Format, und innerlich „umgestaltet". Das ehemalige Compendium ist mit der Zeit ein stattliches Lehrbuch geworden, das nur cum grano salis als kurzes zu bezeichnen ist. Namentlich der 2. Theil wurde trotz Beibehaltung der früheren Gesammtanordnung fast vollständig neu geschrieben. „Mein Bestreben bei dieser Arbeit war die Erreichung möglichster Naturwahrheit. Den einzelnen Darstellungen liegen überall so zahlreiche Krankengeschichten zu Grunde, dass ich glaube, jeden Satz, so weit nichts Anderes angegeben ist, durch eigene Erfahrung belegen zu können. In dieser persönlichen Färbung ... liegt die Eigenart des Buches."

Die ersten beiden Hauptstücke bilden wie früher die „Delirien" und die „akuten Erschöpfungszustände". Jene bestehen jetzt nur aus den Fieber- und den Intoxikationsdelirien. Ausgeschieden sind das Delirium transitorium, in dem auch K. jetzt eine Form des epileptischen Delirium sieht, und das D. acutum, das er theils als das tödtliche Ende gewisser Collapsdelirien, theils als Theilerscheinung der progressiven Paralyse erkannt hat. Die Eintheilung der Erschöpfungzustände ist insofern geändert, als die „asthenische Verwirrtheit" ihre Selbständigkeit verloren hat, als Nebenform der akuten Verwirrtheit erkannt worden ist. Auch verkennt K. nicht, dass die einzelnen Formen der Delirien, der Verwirrtheit und der akuten Demenz vielfach durch Uebergänge verbunden sind und zum Theil als Grade derselben Krankheit betrachtet werden können.

Geringere Veränderungen haben die Abschnitte über Manie und Melancholie erfahren.

Dagegen ist die Darstellung des Wahnsinnes gegen früher vielfach verändert und weiter durchgearbeitet. Dem depressiven Wahnsinn, der als Psychose der nachlassenden Lebenskraft, besonders der klimakterischen Zeit zwischen der gewöhnlichen Melancholie und den Psychosen des Senium steht, ist der hallucinatorische Wahnsinn gegenübergestellt. Dieser zerfällt in „einfache Formen" und in „ängstlich-stuporöse", „progressive" und „labile Formen". Die einzelnen Gruppen werden zum Theil wieder getheilt. Der früher unterschiedene expansive Wahnsinn deckt sich theilweise mit den labilen Formen des hallucinatorischen Wahnsinnes, theilweise mit gewissen periodischen Erkrankungen. Der „katatonische" Wahnsinn ist hier ganz ausgeschieden worden.

Auch das nächste Hauptstück über die periodischen Geistesstörungen ist wesentlich erweitert. Es werden unterschieden deliriöse, manische, cirkuläre, depressive Formen. Die nahe Verwandtschaft der einzelnen Formen unter einander und mit den sogen. einfachen Psychosen, ihre grosse Häufigkeit werden mehr als früher hervorgehoben.

In den Hauptzügen unverändert ist die Darstellung der Paranoia. Eine Auseinandersetzung mit Magnan über die Paranoia completa ist angeschlossen. K. glaubt, dass die scharfe Abgrenzung M.'s nicht durchzuführen sei.

Die Hauptneuerung der neuen Auflage ist das 8. Hauptstück. In ihm werden die „psychischen Entartungsprocesse" besprochen, deren Gemeinsames die ungemein rasche Entwickelung eines dauernden psychischen Schwächezustandes ist.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Ihre häufigste Gestaltung ist die Dementia praecox, deren leichte Formen vielfach ganz übersehen oder doch falsch gedeutet werden, deren schwerere Formen in der Hauptsache der Hebephrenie entsprechen. Neben der Dementia praecox steht die Katatonie. K. definirt sie als das akute oder subakute Auftreten eigenthümlicher, in Stupor und späteren Schwachsinn übergehender Erregungzustände mit verworrenen Wahnideen, einzelnen Sinnestäuschungen und den Erscheinungen der Stereotypie und Suggestibilität in Ausdrucksbewegungen und Handlungen. Es wird sozusagen aus Kahlbaum's Lehre der haltbare Kern herausgeschält. Endlich bezeichnet K. als Dementia paranoides die Fälle, in denen nach schneller Entwickelung gänzlich unsinniger, verworrener Verfolgungs- und Grössenideen überraschend früh Schwachsinn eintritt.

Im Einzelnen vielfach verbessert, aber im Grossen und Ganzen bewahrt sind „die allgemeinen Neurosen", d. h. das neurasthenische, das hysterische und das epileptische Irresein. Die Darstellung der Epilepsie scheint dem *Ref.* eine Glanzleistung zu sein, nur möchte er dagegen protestiren, dass K. als „Hysteroepilepsie" ein Zwischengebiet zwischen Hysterie und Epilepsie annimmt.

Ausgearbeitet und vervollständigt, aber im Wesentlichen unverändert sind auch die Abschnitte über die chronischen Vergiftungen (Alkoholismus, Morphinismus, Cocainismus), über die Dementia paralytica, von der K. immer noch glaubt, dass sie nicht immer Wirkung der Syphilis sei, über die erworbenen Schwächezustände (Dementia senilis und Schwachsinn bei organischen Hirnerkrankungen), über die psychischen Entwickelungsanomalien (Idiotie, Cretinismus, angeborener Schwachsinn). Den Schluss macht wie früher die conträre Sexualempfindung als Schwester des Schwachsinns.

Ref. bedauert, dass er aus Rücksicht auf den Raum nicht in das Einzelne eingehen kann. Es steckt thatsächlich in der neuen Auflage von K. eine ausserordentliche Menge von Arbeit und reicher Gewinn an klinischer Einsicht. Mit noch grösserer Zuversicht als früher kann *Ref.* K.'s Buch als das beste Lehrbuch der Psychiatrie empfehlen.

Möbius.

3. **Das Weib als Verbrecherin und Prostituirte**; von C. Lombroso u. G. Ferrero. Deutsch von Dr. H. Kurella. Hamburg 1894. Verlagsanstalt A.-G. Gr. 8. XVI u. 590 S. mit 7 Taf., 18 Abbild. u. dem Bildniss Lombroso's. (16 Mk.)

Dieses neue Werk enthält zunächst eine recht gute Abhandlung über das normale Weib, die laut dem Vorworte zum Theile von Ferrero geschrieben ist. Der 2. Theil enthält von Demselben geschichtliche Angaben über weibliche Criminalität und Prostitution, der 3. die „pathologische Anatomie und Anthropometrie", der 4. die „Biologie und Psychologie" der Verbrecherin und der Prostituirten. Das wichtigste Ergebniss ist wohl das, dass das Weib, eine weniger vollständig entwickelte Bildung als der Mann, den Artcharakter fester hält, ärmer an Zeichen der Entartung ist als der Mann. Das Verbrechen ist nicht nur seltener beim Weibe, sondern es fehlt diesem auch, wenn es strafbar geworden ist, der Typus des Verbrechers (abgesehen von einer relativ kleinen Zahl Entarteter). Dagegen ist die Prostituirte reich an Zeichen der Entartung und es scheint die Prostitution das Aequivalent für die Criminalität zu sein.

Wenn wir nicht irren, ist dieses Buch eines der besten Lombroso's. Es ist wie die anderen reich an Thatsachen und Gedanken, aber man wird viel seltener als früher durch allzuschroffe Aussprüche und Mangel an Zusammenhang gestört. Leider freilich fehlt auch hier der Atavismus und manches Andere nicht.

Bemerkenswerth ist die Aeusserung L.'s, dass er vor 30 Jahren auf die Anthropometrie geschworen habe, dass er aber doch die Eitelkeit seiner Hoffnungen und den schweren Schaden seines übergrossen Vertrauens eingesehen habe. Möbius.

4. **Lehrbuch der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie**; von Prof. L. Hirt. Stuttgart 1893. F. Enke. Gr. 8. X u. 224 S. mit 87 Abbild. (7 Mk.)

Das Lehrbuch H.'s bildet einen Theil der vom Verleger herausgegebenen „Bibliothek des Arztes". Es ist gewandt geschrieben und offenbar wohl geeignet, über die in ihm vorgetragenen Lehren zu unterrichten. Dass Vf. die Heilerfolge der Suggestion zuschreibt und doch an den Unterscheidungen und Deutungen der bisherigen Elektrotherapie im Wesentlichen festhält, wird Manche überraschen.

Im Berichte über Elektrotherapie wird genauer auf H.'s Buch eingegangen werden. Möbius.

5. **Suggestion und Hypnose,** *ein kurzes Lehrbuch für Aerzte;* von Dr. M. Hirsch. Leipzig 1893. A. Abel (A. Meiner). 8. VI u. 209 S. (3 Mk.)

Der Vf., der besonders von A. Moll beeinflusst zu sein scheint, schildert die Hypnose und die hypnotische Suggestion nach der Nanziger Lehre. Er schreibt klar und hebt überall das praktisch Wichtige hervor. Nach einem geschichtlichen Ueberblick werden Begriff und Erscheinungen der Suggestion im Allgemeinen und des Hypnotismus im Besonderen erörtert. Dann folgt die allgemeine Therapie: psychische Behandlung überhaupt, Suggestion im Wachzustande, Anwendung der Hypnose (Methode, Vorsichtsmaassregeln u. s. w.). Der letzte Abschnitt behandelt die Suggestion bei den einzelnen Krankheiten. Möbius.

6. **Abriss der Lehre von den Nervenkrankheiten**; von P. J. Möbius. Leipzig 1893. A. Abel (A. Meiner). 8. VIII u. 188 S. (4 Mk. 50 Pf.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Ref. hatte bei Abfassung dieses kurzen Lehrbuches den Zweck, zu zeigen, dass eine auf dem ätiologischen Princip beruhende Darstellung der Lehre von den Nervenkrankheiten möglich sei. Er hatte in einem Aufsatze „über die Eintheilung der Krankheiten" (Centr.-Bl. f. Nervenhkde. Juli 1892) die ätiologische Eintheilung als die allein dem logischen und dem praktischen Bedürfnisse vollständig entsprechende empfohlen und wollte nun den Versuch machen, seine Anschauung in die Praxis einzuführen. Bis jetzt hat dieser Versuch mehr Tadel als Anerkennung gefunden. Das war zu erwarten, aber *Ref.* kann warten und weiss, dass er auf dem richtigen Wege ist.

Es ist jetzt üblich, über die „Compendien" abfällig zu urtheilen. Doch die, die nicht nur die schlechten Compendien, sondern alle Compendien tadeln, sollten bedenken, dass diese unter allen Umständen geschrieben werden, sobald ein Bedürfniss nach ihnen besteht, und dass es besser ist, wenn das zweifellos vorhandene Bedürfniss durch Sachverständige befriedigt wird, als wenn die Aufgabe Compilatoren überlassen bleibt.

Möbius.

7. **Innere Medicin** *mit Ausschluss der Nervenkrankheiten. Ein kurzes Lehrbuch für Aerzte und Studirende;* von Dr. Hugo Dippe in Leipzig. Leipzig 1893. Ambr. Abel (Arthur Meiner). Kl. 8. VIII u. 292 S. (6 Mk. 50 Pf.)

Das Buch sollte eine fühlbare Lücke in der Reihe der Abel'schen Compendien ausfüllen und scheint diesen Zweck zu erfüllen. Mancher wird ihm seiner Kürze wegen mit Misstrauen gegenüber treten, aber wer sich rechte Mühe giebt und auf jedes seiner Worte achtet, kann mit wenig Sätzen viel sagen. Langathmige theoretische Erörterungen, Schilderungen anatomischer und bakteriologischer Einzelheiten sind weggelassen; durch die kurze Aufzählung der wichtigsten Thatsachen der klinischen Untersuchungsmethoden am Anfange jedes Abschnittes konnten zahlreiche Wiederholungen vermieden werden, und so hat das Nothwendige genügenden Platz gefunden. Dippe.

8. **Pathologie und Therapie der Frauen-Krankheiten**; von Dr. A. Martin. 3. umgearbeitete Aufl. Wien u. Leipzig 1893. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. XII u. 515 S. mit 204 Holzschn. (10 Mk.)

Vorliegendes Lehrbuch, nach den in den Feriencursen für Aerzte gehaltenen Vorträgen bearbeitet, hat seit seinem Erscheinen eine grosse Verbreitung gefunden. M.'s reiche Erfahrung, gesammelt an einem ihm reichlich zuströmenden Material, sein hervorragendes chirurgisches Können und sein Talent einer knappen, leicht fasslichen Darstellung befähigten ihn wie wenig Andere zur Bearbeitung eines gynäkologischen Lehrbuches. Es giebt eine klinische Darstellung der Gynäkologie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie, ohne Vernachlässigung der pathologischen Anatomie, es ist ausgezeichnet durch eine grosse Anzahl instruktiver Abbildungen, enthält, da die neueste Literatur stets im Text berücksichtigt ist, nur die wichtigeren literarischen Angaben und vertritt als Ganzes den persönlichen Standpunkt des Verfassers.

Ref. hat seiner Zeit die umgearbeitete 2. Aufl. des Lehrbuches eingehend in diesen Jahrbüchern besprochen, die neueste Auflage zeigt durchweg das Bestreben, den Neuerungen auf dem Gebiet der Gynäkologie gerecht zu werden. Ueberall ist der Stoff danach umgearbeitet oder neu bearbeitet worden. M. pflegt niemals auf Grund weniger Beobachtungen Statistik zu machen, er verlangt stets zu letzterer eine grosse Zahl von Fällen, eine lange Beobachtungsdauer, seine statistischen Angaben sind daher nicht übermässig häufig, die vorhandenen aber um so wichtiger. Ich erinnere an seine statistischen Bemerkungen im Abschnitt über Ovariotomie, Myomoperationen, Tubenerkrankungen und Prolapsoperationen. M. hält mit seinen Erfolgen eben so wenig wie mit seinen Misserfolgen zurück, woraus dem Lernenden grosser Nutzen erwächst.

Es würde zu weit führen, auf alle Aenderungen der neuen Auflage einzugehen, Ref. will nur einige derselben herausgreifen: zunächst aus dem Capitel von den Lage- und Gestaltveränderungen des Uterus und der Scheide. Mit Recht hebt M. hervor, wie sehr sich die Anschauungen darüber in der neueren Gynäkologie geändert haben, dass nur ein beschränkter Theil der Frauenleiden lediglich einer abnormen Beugung und Lagerung des Uterus zuzuschreiben ist.

Er theilt die Uterusdeviationen in 1) angeborene oder ausserhalb des Puerperium erworbene, 2) in solche, die sich während der Schwangerschaft bemerkbar machen und 3) in solche, welche sich im Wochenbett entwickeln. Bei der Therapie der Retroflexio erwähnt er die zur operativen Heilung derselben vorgeschlagenen Methoden. Von der Alexander'schen Operation hat M. die bei seinen Laparotomien gefundene Inconstanz der Ligg. rotunda abgehalten, auch das Freund'sche Verfahren ist ihm unausführbar erschienen; die Ventrofixatio uteri hat auch er bei Gelegenheit von Laparotomien aus anderen Indikationen gemacht, bei frei beweglicher Retroflexio hat er nur 4mal operirt. Bezeichnet er auch die Enderfolge nicht als glänzend, so berichtet er doch, dass die Operirten in der Mehrzahl von ihren Beschwerden dauernd befreit blieben. Neuerdings bevorzugt er das von seinem Schüler Mackenrodt angegebene Verfahren der vaginalen Fixation, ohne über dessen Dauererfolg schon genügenden Aufschluss geben zu können.

Von den Prolapsoperationen beschreibt M. die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Verfahren von Winckel, Neugebauer, Simon-Lossen, Fritsch, Hegar, Bischof und seine eigene Methode. In 96% seiner Beobachtungen war der Uterus nicht normal, die Prolapsoperation muss also mit der Heilung des Gebärmutterleidens beginnen, dann folgt die Colporrhaphia anterior und posterior. Nach genauer Beschreibung seiner Methode bespricht M. die Enderfolge der Operation und berichtet von den ihm wieder zugegangenen Recidiven. Im Ganzen hatte er bei mehr als 1000 Prolapsoperationen nur 3% Misserfolge.

Wenn M. im weiteren Capitel von der *Dammplastik* unter Anderem sagt, dass *zur Zeit die Methode der Lappenspaltung dieses Gebiet beherrscht,* so brauchte er, auch wenn er Misserfolge von der (wohl von ihm modificirten) Methode gesehen und dieselbe wieder verlassen hat, die Beschreibung der Operation nicht so stiefmütterlich zu behandeln, wie es wirklich in seinem Lehrbuch geschieht. Wenn M. *genau* nach der von Sänger modificirten Methode operirt hätte, würde sein Urtheil über die Operation anders lauten.

Neu bearbeitet ist das wichtige Capitel von der *Gonorrhöe* bei der Frau.

Eine Reihe von Aenderungen hat die Besprechung der Myome erfahren. M.'s Erfahrungen über Ergotininjektionen sind wenig günstig, ferner ist von der Elektrolyse Heilung und Schwund eines Myoms seiner Ansicht nach überhaupt nicht zu erwarten. Die Castration bei Myom wünscht M., obwohl in den meisten Fällen die Blutungen aufhören, lieber aufzugeben und dafür den Tumor selbst zu entfernen. In erster Linie kommt bei Myomoperation die Enucleation in Betracht. M. hat bisher 139 derartige Operationen mit 11.5% Mortalität ausgeführt. Ausser der weiteren typischen Myomabtragung (Amputatio uteri supravaginalis), beschreibt er die neuerdings von ihm bevorzugte Exstirpation des ganzen Organes durch Laparotomie.

Nach der *vaginalen Totalexstirpation* des Uterus schliesst auch M. in neuerer Zeit die Bauchhöhle nach unten ab, während er früher noch die Drainage des Douglas'schen Raumes empfahl.

Ebenso eingehend wie klar ist die Schilderung der *Tubenschwangerschaft*, ein Capitel, welches ebenfalls eine Neubearbeitung erfahren hat.

Mit Vorstehendem glaubt Ref. genügend auf die neue Auflage des Martin'schen Lehrbuches hingewiesen zu haben, er empfiehlt es nicht nur dem Gynäkologen von Fach, sondern auch dem praktischen Arzt. Beide werden das Buch als guten Rathgeber gleich schätzen. Donat (Leipzig).

9. **Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende**; von Dr. M. Kaposi. 4. umgearb. u. vermehrte Auflage. Wien u. Leipzig 1893. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. XII u. 1044 S. mit 84 theilweise farbigen Holzschnitten. (20 Mk.)

Das bewährte Kaposi'sche Lehrbuch der Hautkrankheiten liegt in der 4. Auflage vor, im Umfang fast um einen Bogen vermehrt. Diese Ausdehnung, sowie die Umarbeitung einzelner Capitel kommen der neueren dermatologischen Literatur zu Gute, welche, was sowohl Pathologie, wie Therapie anlangt, eingehende Berücksichtigung findet. Wenn nun auch neue Krankheitsformen, wie die Darier'sche Krankheit, die Erythrodermia exfoliativa, die Hydradenitis suppurativa, die Keratodermien, Psorospermien u. A. aufgenommen sind, so stellt sich K. doch in Vielem auf einen besonderen Standpunkt, welcher z. Th. mit den Anschauungen der modernen Dermatologie sich in Widerspruch befindet. So ist er Anhänger der Ricord'schen Unitätslehre geblieben, von der tuberkulösen Natur des Lupus ist er nicht überzeugt und die Devergie'sche Krankheit stellt er mit dem Lichen ruber acuminatus gleich. In der Therapie sind die neueren Arzneimittel und auch die neuen Anwendungsformen angeführt. Im Uebrigen findet sich auch in der neuen Auflage des Werkes, welches ja keiner Empfehlung bedarf, die z. Th. unerreichte Darstellung der klinischen Krankheitsbilder, und so wird auch sie sich in gleicher Weise wie die früheren Ausgaben neue Freunde erwerben. Wermann (Dresden).

10. **Compendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Cosmetik**; *für Studirende und Aerzte;* von Dr. Jessner. Königsberg i. Pr. 1893. Ferd. Beyer's Buchh. Kl. 8. XV u. 288 S. (5 Mk. 60 Pf.)

Das Compendium bringt in gedrängter Kürze eine vollständige Uebersicht der Hautkrankheiten. In einem allgemeinen Theil, welcher etwas ausführlicher gehalten ist, werden die Anatomie und Physiologie der Haut, die allgemeine Diagnostik, das Verhältniss der Hautleiden zu den inneren Erkrankungen und die allgemeine Therapie vorausgeschickt. Die Anordnung des Stoffes ist nach dem dermatologischen System J.'s vorgenommen. Die theoretischen Erörterungen, welche trotz des beschränkten Raumes in aller Kürze den Fortschritten der Dermatologie gerecht werden, verleihen dem Buche seinen wissenschaftlichen Charakter und sichern ihm im Verein mit der vortrefflichen Darstellung der einzelnen Krankheitsbilder, welche alles Unwesentliche weglässt und das Wichtige hervorhebt, einen ehrenvollen Platz unter den dermatologischen Lehrbüchern. Differentialdiagnose und Therapie sind in besonderer, den Bedürfnissen des Praktikers angemessener Weise berücksichtigt. Eine kurze Cosmetik der Haut und der Haare giebt eine erwünschte Ergänzung, und eine reiche Auswahl von Receptformeln bildet den Schluss.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Das Werkchen erfüllt seinen Zweck, in dermatologischen Fragen schnell und gründlich Rath und Belehrung zu ertheilen, auf's Beste und wird sich Jedem, der es in die Hand nimmt, namentlich als Nachschlagebuch zur schnellen Orientirung, als brauchbar erweisen. Wermann (Dresden).

11. **Handbuch der Hygiene**; herausgegeben vom Priv.-Doc. Dr. Theodor Weyl in Berlin. Jena 1893. Gustav Fischer. 4. In 8—10 Bänden. (Etwa 90 Mk.)

Dieses umfangreiche, in Lieferungen erscheinende Handbuch ist mit grosser Umsicht angelegt und verspricht ein auch im Einzelnen eingehendes Bild vom gegenwärtigen Stande der Hygieine zu geben. Bei dem Eingreifen dieser in die verschiedensten Gebiete des praktischen Lebens war es von Vornherein ausgeschlossen, dass eine einzelne Person ein vollständiges Handbuch verfassen könne. Herausgeber und Verleger haben daher den üblichen Weg, zahlreiche durch ihre Thätigkeit, wie durch frühere Arbeiten als geeignet Erscheinende zur Mitarbeit heranzuziehen, beschritten. Mit Recht haben sie sich hierbei nicht auf die Aerzte beschränkt, sondern bei besonderen Gebieten auch Chemiker, Techniker, Baubeamte, Schulmänner zu Worte kommen lassen.

Für die voraussichtlich sachgemässe Bearbeitung sprechen, abgesehen von den bereits vorliegenden Lieferungen, die Namen der Mitarbeiter. Von ihnen waren aus Aerztekreisen ausser dem Herausgeber thätig: Finkelnburg, v. Fodor, Kratschmer (Wien), Schellong, Loeffler, Wernich, Munk, Leppmann, Villaret, Baer, Brehmer, H. Neumann (Berlin), Netolitzki, Roth (Cöslin), Füller, Weichselbaum, Emmerich u. A.

Von Chemikern, Physikern, Architekten, Ingenieuren waren Assmann, Oesten, Sendtner, Stutzer, Blasius, Büsing, E. Richter (Hamburg), Chr. Nussbaum (Hannover), Stübben, Schmidt (Dresden), Weber (Kiel), Zekeli, Marx, Osthoff, Schultze, Kraft (Brünn) u. A. thätig; von Thierärzten seien Hertwig, von Schulmännern Burgerstein, für Bergwerkangelegenheit Meissner (Berlin) angeführt.

Das Werk soll lieferungsweise erscheinen, und zwar je nach Fertigstellung der einzelnen Arbeiten wird gleichzeitig an mehreren Bänden gearbeitet werden. Bis zum Winter 1894/95 soll es vollendet sein.

Die bis jetzt erschienenen 3 Lieferungen, auf die wir im Einzelnen näher eingehen werden, sind äusserlich, was Papier, Druck, Holzschnitte betrifft, vortrefflich ausgestattet. Jeder Arbeit ist eine Inhaltsübersicht vorangestellt und ein specielles alphabetisches Inhaltsverzeichniss beigegeben. Ein zusammenfassendes gleichartiges über das ganze Werk soll nach dessen Abschluss erscheinen.

Die *Literaturangaben* sind nach einer jetzt mehr Platz greifenden, nicht unanfechtbaren Mode nicht unter jeder Seite, sondern im Zusammenhange nach Schluss der Arbeiten oder einzelner grösseren Abschnitte zusammengestellt.

Hoffen wir vor allen Dingen, dass dem verdienstvollem Werke das Schicksal anderer hygieinischer Sammelwerke, unvollständig zu bleiben, erspart bleibe. Seine Anschaffung wird für alle mit Hygieine sich beschäftigenden Personen, Aerzte, Beamte, Techniker, Ingenieure eine Nothwendigkeit sein. Wehmer (Berlin).

12. **1) Geschichtliche Entwickelung und Organisation der öffentlichen Gesundheitspflege in den Culturstaaten**; von Dr. C. Finkelnburg, Prof. an d. Univ. Bonn. Lief. 1 des Th. Weyl'schen Handbuches der Hygiene. Jena 1893. Gust. Fischer. 4. 30 S. (80 Pf.)

2) Der Entwickelungsgang und der heutige Stand der internationalen Gesundheitspflege; von Prof. Finkelnburg in Bonn. (Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XXV. 3. p. 457. 1893.)

Von den vorliegenden beiden Arbeiten bildet die zweitgenannte, eher erschienene, einen Auszug der in dem Weyl'schen Handbuche gebrachten Ausführungen. Sie enthält ausserdem eine Karte des rothen Meeres mit Arabien und Mesopotamien, zur Darstellung der wichtigsten, besonders für die Ausbreitung der Cholera in Betracht kommenden Pilgerstrassen.

In der grösseren Arbeit führt F. die auf Hygieine hindeutenden Thatsachen bei den Aegyptern, Juden und Griechen ganz cursorisch, dann bei den Römern an, wobei die wichtigsten Einrichtungen kurz genannt werden. Der z. Th. nachtheilige Einfluss des Christenthums im Mittelalter mit seiner Askese wird geschildert, die Bedeutung der Volksseuchen im Mittelalter angedeutet. Sie gaben den Ausgangspunkt für die hygieinischen Organisationen, insbesondere die Errichtungen entsprechender Sanitäts- und Medicinalbehörden. Letztere werden für Deutschland (Preussen, Sachsen, Bayern, Baden), Oesterreich, Italien, Frankreich und England angeführt.

Im Weiteren werden die *Abwehr der Wanderseuchen* und die bisher getroffenen internationalen Maassregeln, insbesondere die Quarantäne geschildert. Hierbei werden zunächst der nicht sehr bedeutungsvolle *obere Gesundheitsrath* in Konstantinopel, dann die Sanitätsconvention von 1851, sowie die Conferenzen in Konstantinopel 1866 und Wien 1874 besprochen. Leider wurde die von letzterer vorgeschlagene internationale Sanitäts-Commission mit dem Sitze in Wien abgelehnt.

Nach Besprechung der durch Eröffnung des Suezkanales vermehrten Gefahr von Seuchen-einschleppung und der hier angeordneten Inspek-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

tionen wird der sanitären Verhältnisse in Aegypten gedacht. Weiter werden die Ergebnisse der Sanitätsconferenzen in Rom 1885, Venedig 1892 und Dresden 1893 erörtert.

Seinen Ueberblick schliesst F. mit dem Hinweis auf die Nothwendigkeit der Errichtung einer „mit umfassenden Vollmachten bekleideten *ständigen internationalen Gesundheitsbehörde.* Dieselbe müsste vermöge ihrer Zusammensetzung den Gesammtwillen der europäischen Mächte repräsentiren und ihre Thätigkeit dürfte sich nicht auf die zweifelhaften Auskunfsmittel bei bereits ausgebrochenen Seuchen beschränken, sondern müsste unter Mitwirkung örtlicher, international angestellter Organe vornehmlich auf Verbesserung der *ständigen* Gesundheitsbedingungen an den für die Seuchenzüge wichtigsten Knotenpunkten des internationalen Verkehrs — *einschliesslich der heiligen Stätte des Islams* — sich erstrecken . . ."

R. Wehmer (Berlin).

13. **Einzelernährung und Massenernährung**; von Dr. Immanuel Munk, Priv.-Doc. an der Univ. Berlin. Mit 2 Abbild. Lief. 2 von Th. Weyl's Handbuch der Hygiene. Jena 1893. Gust. Fischer. 4. 141 S. (3 Mk. 50 Pf.)

Die Arbeit liefert die physiologische Begründung der später erscheinenden, mehr die praktischen Gesichtspunkte berücksichtigenden Abschnitte über Fleischbeschau, Nahrungs- und Genussmittel u. dgl. Im Ganzen lehnt sich Munk's Werk an die entsprechenden Abschnitte eines früher von ihm gemeinschaftlich mit Uffelmann bearbeiteten Buches, *„Die Ernährung des gesunden und kranken Menschen"* (Leipzig u. Wien 1886. 2. Aufl. 1891. Urban u. Schwarzenberg), an. Auf die Besprechungen desselben in den Jahrbüchern (CCXIV. p. 209 u. CCXXXIII. p. 221) sei hierdurch Bezug genommen, im Uebrigen Nachstehendes angeführt.

Das neue Werk besteht aus 4 Abtheilungen, denen eine kurze allgemeine Einleitung vorausgeschickt ist. Der *erste Abschnitt* behandelt den *Stoffverbrauch des Menschen* unter Berücksichtigung der physiologischen Untersuchungsmethoden und deren Ergebnisse. Hierbei ist der bekannte *von Pettenkofer*'sche Respirationsapparat abgebildet. Der *zweite* erörtert die *Bedeutung der Nahrungsstoffe* für den Aufbau und die Erneuerung der Zellenthätigkeit des Körpers: Wasser, Mineralstoffe, Eiweiss- und Leimstoffe, Fette, Kohlehydrate, Würz- und Genussstoffe, sowie die Bedeutung der Nahrungzusammensetzung für die verschiedenen Lebensarten: Naturvölker, Culturzustände, für Krieg, Hochgebirge, nervös anstrengende Thätigkeit u. dgl. Im Anschluss wird der Vertretungs- und Brennwerth der organischen Nahrungstoffe unter Abbildung von *Rubner's* Luftcalorimeter dargelegt.

Der *dritte Abschnitt* behandelt die *Nahrung des Menschen* unter Berücksichtigung der einzelnen Nahrungsmittel und des Kostmaasses und besteht aus 2 Theilen. Im *Allgemeinen* werden die Bedeutung der Zerkleinerung und Zubereitung der Nahrung, ihr Volumen, Form, Consistenz, Ausnützung im Darm, bei Berücksichtigung der verschiedenen Kostarten, wie der Temperatur, in der sie genossen wird, unter Beibringung ziffermässiger Uebersichten erörtert. Der *specielle Theil* beschäftigt sich mit dem *Kostmaass* für Erwachsene, bei Ruhe und Arbeit, im Alter, für Soldaten, Gefangene, Kinder, bei den verschiedenen Jahreszeiten und die Vertheilung auf die einzelnen Mahlzeiten. Ein Anhang „Hygiene des Essens und der Verdauung" giebt praktisch wichtige Lehren für den Arzt wie die Hausfrau.

Der *vierte Abschnitt* ist der *Massenernährung:* Kinder (Waisen), Soldaten, Gefangene, Arme und Pfleglinge, ferner in Volksküchen und auf Seeschiffen gewidmet, wobei Beispiele entsprechender Anstalten beigefügt sind. Ein Anhang beschäftigt sich mit Massenernährung in Zeiten von Epidemien, Krieg, Theuerung und bringt speciellere Angaben über die Diätformen in einzelnen grösseren Krankenhäusern.

Literaturverzeichnisse und alphabetisches Register sind in üblicher Weise beigegeben.

R. Wehmer (Berlin).

14. **Abdeckereiwesen**; von Dr. R. Wehmer, Medicinal-Assessor in Berlin. Mit 6 Abbild. Lief. 2 des Th. Weyl'schen Handbuches der Hygiene. Jena 1893. Gustav Fischer. Gr. 4. 46 S. (3 Mk. 50 Pf.) Autorreferat.

Die vorliegende Arbeit ist eine vollständige, die neuere Gesetzgebung und Rechtsprechung in Deutschland wie Oesterreich-Ungarn berücksichtigende Umarbeitung einer früheren Arbeit des Verfassers: *„über Abdecker und Abdeckereien"* (Vierteljhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XIX. 2. p. 197. 1887). Indem auf die im Ganzen auch für die neue Arbeit zutreffende Inhaltsangabe in diesen Jahrbüchern (CCXV. p. 77) hingewiesen wird, sei noch Folgendes hervorgehoben: Durch die zunehmende Schwierigkeit, Schlachthausabgänge in angemessener Weise rasch und sicher zu beseitigen und durch die zunehmende Zahl der öffentlichen Schlachthäuser hat die Technik wichtige Anregungen zur besseren Ausgestaltung entsprechender Vorrichtungen für Abdeckereien erhalten. Als solche werden unter Beifügung entsprechender, von den betreffenden Erfindern überlassener Holzschnitte näher besprochen: der R. Henneberg'sche *Kafill-Desinfektor,* der A. v. Podewils'sche *rotirende Apparat,* die beide eine ausgiebige Verwerthung der in ihnen hergestellten Stoffe zu Düngzwecken u. dergl. zulassen, und der Kori'sche *Verbrennungsofen,* bei dem dies nur in beschränkterem Maasse möglich ist. Hervorgehoben werden ferner die praktischen Schwierigkeiten, die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

sich bei jeder Art der Cadaverbeseitigung (mag es nun Selbstabdeckung durch Viehbesitzer, Abdeckerei durch angestellte Abdecker bei mehr oder weniger vollkommenen entsprechenden Einrichtungen, ja auch bei Benutzung vollkommener Apparate sein) vom hygieinischen, wie wirthschaftlichen Standpunkte ergeben.

Dem gegenüber sind die zur Zeit an das Abdeckereigewerbe von der Hygieine zu stellenden Anforderungen im Einzelnen präcisirt und die betreffenden Beschlüsse des deutschen Veterinärrathes (1878), des deutschen Landwirthschaftsrathes (1881) und des Vereines für öffentliche Gesundheitspflege (1893) ausführlich angegeben.

15. **Leichenwesen, einschliesslich Feuerbestattung**; von Dr. A. Wernich, Reg.- u. Med.-Rath in Berlin. Mit 6 Abbild. Lief. 3 von Th. Weyl's Handb. d. Hyg. (Bd. II. Abth. 2). Jena 1893. Gustav Fischer. Gr. 4. 102 S. (3 Mk.)

In einer historischen Einleitung werden die ursprünglichsten, meist wieder verlassenen, aber bei einzelnen niedrig stehenden Urvölkern noch vorhandenen Bestattungsweisen (Aussetzen der Leichen, Hineinwerfen in Flüsse u. dergl.), sowie ferner die Einbalsamirungsarten beschrieben. Die hierfür jetzt üblichen vervollkommneten Methoden werden angeführt.

Der folgende *erste Abschnitt* beschäftigt sich mit der *Todtenschau* in ihren Beziehungen zum Scheintode, dessen Symptome nach den verschiedenen Methoden und Beobachtungen angegeben werden, zu den juristischen Anforderungen (englische Coroners-Jury, Leichenschau durch Aerzte und Laien) und zur Medicinalstatistik. Weiter wird die Frage einer obligatorischen Leichenschau in ganz Deutschland erörtert, das Virchow'sche System der Todesursachen angeführt und hierbei der Nutzen genauer Todtenscheine dargethan.

Im *zweiten Abschnitte* wird das *Verfahren mit den Leichen in der Zeit von der Todesfeststellung bis zur endgültigen Bestattung* besprochen. W. geht hier auf die Aufbewahrung der Leichen bis zum Begräbniss in den Sterbewohnungen, auf Waschen und Rasiren der Leichen, auf deren Aufbahrung und Beförderung nach dem Kirchhof, bez. nach *Leichenhallen* ein. Die ausgiebige Benutzung der letzteren wird warm empfohlen. Eingehend wird dann berichtet: über den Leichentransport auf Eisenbahnen und über Wiederausgrabungen, Leichenpässe u. dergl. unter Anführung der gesetzlichen Bestimmungen, fernerhin über die Ansteckungsgefahr durch Leichen und die Cadaveralkaloide; endlich nach Besprechung der Bedeutung und Hygieine der Leichenschauhäuser (Paris, Berlin) über die Recognoscirung der unbekannten Leichen und das sonstige Verfahren mit ihnen. Hierbei wird auch das preussische Obduktionsregulativ in seinen wichtigsten Bestimmungen angeführt.

Der *dritte*, in Anbetracht der gegenwärtigen Bestrebungen hervorragend interessante Abschnitt beschäftigt sich mit der *Feuerbestattung*, d. h. der Veraschung der Leichen durch Hitze, unter Erörterung ihrer technischen, hygieinischen und wirthschaftlichen Ziele. Die allmähliche Entwickelung der gegenwärtigen Einrichtungen in Italien, der Schweiz und Deutschland wird unter Beschreibung der einzelnen Verbrennungsysteme und Abbildung der Oefen von Toisoul und Fradet (nach Siemens), von Klingenstierna, Schneider und Guichard besprochen. Die thatsächliche Ausbreitung der Leichenverbrennung wird unter Beibringung von Tabellen erörtert. Hieraus sei angeführt, dass bis Ende 1888 an Leichnamen verbrannt wurden: in Italien 1403 (seit 1876), hierunter ca. 700 in Mailand, in Amerika 287, in Gotha 554, in Schweden 39, in Dänemark 1, in England 16, in Frankreich 7.

Weiter werden die Kostenfrage der Verbrennung bei den verschiedenen Systemen und die entsprechenden Vereinsbestrebungen und ihre Erfolge besprochen.

Der *vierte Abschnitt* ist der Besprechung der *Bestattung im Erdboden* gewidmet. Hier wird der kirchlichen Einrichtungen und Bestimmungen und der verschiedenen Beisetzungsarten in Grüften und Einzelgräbern gedacht. Ferner wird die bei zweckmässiger Gräberanlage ziemlich geringe *hygieinische*, aber in grossen Städten um so erheblichere *wirthschaftliche Bedeutung der Begräbnissplätze* unter Anführung des bekannten Gutachtens der preuss. wissenschaftl. Deputation für das Medicinalwesen und Beibringung gesetzlicher Bestimmungen über Belegung von Friedhöfen dargethan.

Der *Schlussabschnitt* behandelt die Wiederausgrabung der Leichen in ihrer gesundheitlichen und forensischen Bedeutung und führt die in dieser Beziehung von den Gegnern der Verbrennung erhobenen übertriebenen Bedenken auf den gebührenden geringen Werth zurück, um in eine nochmalige Hervorhebung der Bedeutung dieser Bestattungsart auszuklingen. „Doch wird nach Lorenz v. Stein's Aeusserung (1882) sie drei Generationen gebrauchen, um durchzugreifen!"

Jedem Abschnitt ist ein ausführliches Literaturverzeichniss und der Arbeit ein alphabetisches Specialregister beigefügt. Redaktion.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

64. *Sonnenburg, E.* Ein Fall von Erkrankung des Schultergelenkes bei Gliomatose des Rückenmarkes. S. 23.
65. *Remak, E.* Ueber die Lokalisation der spinalen Hautreflexe der Unterextremitäten. S. 23.
66. *Leyden, E.* Ueber multiple Neuritis und akute aufsteigende Paralyse nach Influenza. S. 23.
67. *Jolly, F.* Ueber einen Fall von multipler Neuritis nach chronischer Arsenvergiftung. S. 24.
68. *White, W. Hale.* Ueber 2 ungewöhnliche Fälle von Neuritis. S. 24.
69. *Heyse.* Zwei Fälle von Lähmung des Halssympathicus bei Hemiplegie. S. 24.
70. *Adenot.* Ueber Lähmung durch Druck auf den Plexus sacralis bei der Geburt. S. 24.
71. *Traumann, H.* Aus der chirurgischen Abtheilung des Herrn Dr. G. Fischer im Stadtkrankenhause zu Hannover. S. 24.
72. *Westphal, A.* Aetiologisches und Symptomatologisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Frauen. S. 24.
73. *Mendel, E.* Die Epilepsia tarda. S. 25.
74. *Fournier, A.* Ueber parasyphilitische Epilepsie. S. 25.
75. *v. Bechterew, W.* Ueber Akinesia algera. S. 26.
76. *Brouardel, P., Motet* u. *Paul Garnier.* Ueber den Fall Valrof. S. 26.
77. *Dehio, K.* Ueber einige pathologische Schlafzustände. S. 26.
78. *Bourneville.* Ueber chirurgische und pädagogische Behandlung der Idioten. S. 26.
79. *Klinke, Otto.* Ueber das Verhalten der Tangentialfasern der Grosshirnrinde von Idioten. S. 27.
80. *Kellner, A.* Ein Fall von allgemeinem Hautemphysem. S. 27.
81. *Näcke, P.* Das Vorkommen des Gaumenwulstes (Torus palatinus) im Irrenhause und bei geistig Gesunden. S. 27.
82. *Hamaide, Emile.* Ueber den Tremor hereditarius als Degeneration-Zeichen. S. 27.
83. *Chanson, Victor.* Ueber das Verhältniss zwischen Syphilis und progressiver Paralyse. S. 28.
84. 1) *Laehr, H.* Zur Reform des Irrenwesens in Preussen. — 2) Bericht über die von dem Vereine der Deutschen Irrenärzte in der Jahressitzung vom 25. Mai 1893 zu Frankfurt a. M. gepflogenen Verhandlungen und gefassten Beschlüsse. S. 28.

VI. *Innere Medicin.*

85. Ueber Erkrankungen der Speiseröhre (Zusammenstellung). S. 29.
86. Neuere Arbeiten über Physiologie und Pathologie des Magens und des Darms (Zusammenstellung). S. 30.
87. *Gerhardt, C.* Zur physikalischen Diagnostik der Gallensteinkolik. S. 36.
88. 1) *Aufrecht.* Die Heilung des Empyems. — 2) *Beck, Carl.* Empyem und seine Behandlung. S. 36.
89. *Vanlair, C.* Ueber einen gashaltigen Abscess unter dem Zwerchfell. S. 36.
90. *Aufrecht.* Die Behandlung der akuten parenchymatösen Nephritis. S. 37.
91. *Casaretti, C.* Ueber Behandlung der Albuminurie durch Einwickeln der Beine. S. 37.
92. *Neusser, Eduard.* Ueber Cyanose. S. 37.
93. Ueber die Behandlung des Myxödems (Zusammenstellung). S. 38.
94. *Pollitzer.* Ueber Miliaria rubra. S. 40.
95. *Herzfeld, Ernst.* Ueber Epidermolysis bullosa hereditaria. S. 40.
96. *Müller, H.* Ueber Arsenmelanose. S. 40.
97. *Philippson.* Eine Form von Erythrodermia exfoliativa. S. 41.
98. *Jamieson, W. Allan.* Ueber einen Fall von Mycosis fungoides. S. 41.
99. *Tommasoli.* Ueber Behandlung des Lupus durch Einspritzungen von Hundeblutserum. S. 41.
100. Ueber Syphilis (Zusammenstellung). S. 42.

VII. *Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.*

101. *Kehrer, F. A.* Zur Behandlung des Scheiden- und Gebärmuttervorfalls. S. 45.
102. *Cheesman, William S.* Ueber Martin's Methode bei der Kolporrhaphie. S. 45.
103. *Schauta, F.* Ueber die Indikationen, die Technik und die Erfolge der Adnexoperationen. S. 45.
104. *Laroyenne.* Ueber Entfernung der Adnexe durch die Scheide bei Pelveoperitonitis. S. 46.
105. *Martin, A.* Die sogenannten „conservativen Operationen" an Ovarium, Tube und Uterus. S. 46.
106. *Pozzi, S.* Ueber conservative Operationen an den Eierstöcken. S. 46.
107. *Fenger, Christian.* Ueber Behandlung der hyperplastischen Salpingitis. S. 47.
108. *Terrier, T.,* u. *H. Hartmann.* Ueber 59 Fälle von Bauchschnitt wegen Eiterung im Becken. S. 47.
109. Symphyseotomie (Zusammenstellung). S. 48.
110. *Dührssen.* Kaiserschnitt, tiefe Cervixincisionen und mechanische Dilatation des Muttermundes. S. 51.
111. *Everke, Karl.* Ueber Kaiserschnitt. S. 51.
112. *Keith, Skene.* Ueber 1 Fall von Kaiserschnitt. S. 51.
113. *Morse, Thomas H.* Ueber eine Operation nach Porro. S. 51.
114. *Stratz, C. H.* Ueber Placenta praevia. S. 52.
115. *Rueder.* Zwölf Fälle von Placenta praevia. S. 52.
116. *Feinberg, B.* Zur Casuistik des Prolapsus placentae bei normalem Sitz derselben. S. 52.
117. *Goldscheider, A.* Klinische und bakteriologische Mittheilungen über Sepsis puerperalis. S. 52.
118. *Cloisse, Paul.* Ueber Infektion bei Kindern von den Bronchen aus. S. 53.
119. *von Franqué, Otto.* Ueber sogenannte fötale Rhachitis. S. 54.
120. *Meyer, Paul.* Asphyktische Zustände bei Säuglingen. S. 54.
121. *Czerny, Adalbert.* Die Ernährung des Säuglings auf Grundlage der physiologischen Funktionen seines Magens. S. 54.
122. *Toch, S.* Ueber Peptonbildung im Säuglingsmagen. S. 54.
123. *Horneſ, Fr.* Ueber weitere Verbesserung des Muttermilchersatzes. S. 54.
124. *Kahrt.* Beitrag zur Milchzuckerfrage. S. 55.

VIII. *Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.*

125. *Rupprecht, Paul.* Bericht über die in dem 10jähr. Zeitraume vom 1. Juli 1882 bis 1. Juli 1892 in der Diakonissenanstalt beobachteten Erkrankungen der Brustdrüse. S. 55.
126. *Schweizer, S.* Die Intubation bei diphtheritischer Larynxstenose. S. 55.
127. *Baumgarten, Egmont.* Die O'Dwyer'sche Intubation bei den chronischen Stenosen des Kehlkopfes und der Luftröhre. S. 56.
128. *Thorner, Max.* Tödtliches Oedem durch Intubation bei einem Erwachsenen. S. 56.
129. *Abbe, Robert.* Ueber eine zuverlässige Methode bei Oesophagus-Striktur. S. 56.
130. *Nové-Josserand, G.* Zur Lehre von der Gastropexie und der Gastrostomie. S. 56.
131. *Zeller, A.* Ueber die operative Behandlung des Magencarcinoms. S. 56.
132. *Lennander, K. G.* Ueber Appendicitis und ihre Complikationen vom chirurgischen Standpunkt aus beurtheilt. S. 57.
133. *Mac Burney, Charles.* Ueber Fälle von Appendicitis. S. 58.
134. *Wickhoff, Max.* Zur Verwendung der Symphyseotomie bei Operationen an der Harnblase. S. 58.
135. *Albarran, J.* Ueber einen Fall von Symphyseotomie. S. 58.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

136. *Posner, C.* Ueber Pyurie. S. 58.
137. *v. Bramann.* Heilung grosser Weichtheil- und Hautdefekte der Extremitäten mittelst gestielter Hautlappen aus entfernten Körpertheilen. S. 59.
138. *Caspersohn, C.* Beitrag zur Klinik der typhösen Knochenentzündungen. S. 59.
139. *v. Eiselsberg, A.* Ueber Knochenmetastasen des Schilddrüsenkrebses. S. 59.
140. *Sokoloff, N. A.* Ueber das Lipoma, resp. Fibroma arborescens der Gelenke. S. 60.
141. *Klemm, P.* Zur Behandlung der Gelenkbrüche. S. 60.
142. *Schmid, H.* Die Behandlung der Frakturen der unteren Extremität. S. 61.
143. Bericht über die XXIII. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft. Heidelberg 1893. S. 61.
144. *Mellinger, C.* Therapeutische Mittheilungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde. S. 64.
145. *Mayweg.* Die follikuläre Bindehaut-Entzündung in den Volksschulen zu Hagen. S. 64.
146. *Boerma.* Ueber zwei Fälle von radiärer Einreissung des Pigmentblattes der Iris, ihre Diagnose und ihre Entstehung. S. 64.
147. *Rählmann.* Th. Leber's Erklärung der Netzhautablösung und die Diffusionstheorie kritisch verglichen. S. 64.
148. *Fuchs.* Retinitis circinata. S. 65.
149. *Bellarminoff, L.* Ein seltener Fall von Retinitis pigmentosa, complicirt durch Glaukom. S. 65.
150. *Walter, O.* Ein Beitrag zur Lehre von der epidemischen Nachtblindheit. S. 65.

IX. *Hygieine und Staatsarzneikunde.*

151. *Ritter, Adolf.* Ueber den Eiweissbedarf des Menschen. S. 66.
152. *Krauss, Ernst.* Ueber die Ausnützung der Eiweissstoffe in der Nahrung in ihrer Abhängigkeit von der Zusammensetzung der Nahrungsmittel. S. 66.
153. *Zuntz, N.* Welche Mittel stehen uns zur Hebung der Ernährung zu Gebote? S. 66.
154. *Prausnitz, W.* Ueber die Kost in Krankenhäusern mit besonderer Berücksichtigung der Münchener Verhältnisse. S. 67.
155. *Fürbringer, P.* Erdnussgrütze, ein neues eiweissreiches und billiges Nahrungsmittel. S. 67.
156. *Baldi, A.* Ueber den Nährwerth des Asparagins. S. 67.
157. *Juhel-Rénoy.* Ueber Vergiftungen durch verdorbenes Fleisch. S. 68.
158. *Zörkendörfer.* Ueber die im Hühnerei vorkommenden Bakterienarten nebst Vorschlägen zu rationellen Verfahren der Eiconservirung. S. 68.
159. 1) *Beu, Julius.* Untersuchungen über die Giftigkeit der Exspirationsluft. — 2) *Rauer.* Untersuchungen über die Giftigkeit der Exspirationsluft. S. 68.
160. *Rosinski.* Ueber die Schädelverletzungen, im Besonderen die Impressionen bei Beckenendgeburten. S. 69.
161. *Feilchenfeld, W.* Der Arzt in der Schule. S. 69.
162. *Hobrecht, J.* Sanitäre Unternehmungen in Aegypten. S. 70.

Berichte der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig. S. 71.

(*Sänger*, Ueber Graviditas extopica. — *J. Thiersch*, Ueber Mykose der Haut.)

B. Originalabhandlungen und Uebersichten.

I. *Möbius, P. J.* Neuere Beobachtungen über die Tabes. S. 73.
II. *Heffter, A.* Ueber Diabetes mellitus. S. 92.

C. Bücheranzeigen.

1. *Edinger, Ludwig.* Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere. S. 106.
2. *Kraepelin, E.* Psychiatrie. S. 106.
3. *Lombroso, C.*, u. *G. Ferrero.* Das Weib als Verbrecherin und Prostituirte. S. 107.
4. *Hirt, L.* Lehrbuch der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. S. 107.
5. *Hirsch, M.* Suggestion und Hypnose. S. 107.
6. *Möbius, P. J.* Abriss der Lehre von den Nervenkrankheiten. S. 107.
7. *Dippe, Hugo.* Innere Medicin. S. 108.
8. *Martin, A.* Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. S. 108.
9. *Kaposi, M.* Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende. S. 109.
10. *Jessner.* Compendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Cosmetik. S. 109.
11. *Weyl, Theodor.* Handbuch der Hygiene. S. 110.
12. *Finkelnburg, C.* 1) Geschichtliche Entwickelung und Organisation der öffentlichen Gesundheitspflege in den Culturstaaten. — 2) Der Entwickelungsgang und der heutige Stand der internationalen Gesundheitspflege. S. 110.
13. *Munk, Immanuel.* Einzelernährung und Massenernährung. S. 111.
14. *Wehmer, R.* Abdeckereiwesen. S. 111.
15. *Wernich, A.* Leichenwesen, einschliesslich Feuerbestattung. S. 112.

Berichtigung.

In dem Referat über die Arbeit von Binz (Jahrbb. CCXL. p. 232) liess unter 1) statt „bei Chlorotischen" „bei Nicht-Chlorotischen".

Um Einsendung von Sonder-Abzügen, Dissertationen etc. wird ergebenst gebeten. Alle Sendungen wolle man an die Expedition, Leipzig, Rossplatz 3, adressiren.

Für die Redaktion verantwortlich: *Dr. P. J. Möbius* und *Dr. H. Dippe*. — Druck von Walter Wigand in Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY
CHICAGO

SCHMIDT'S
JAHRBÜCHER
DER
IN- UND AUSLÄNDISCHEN
GESAMMTEN MEDICIN.

UNTER MITWIRKUNG VON

Prof. Dr. A. WINTER

REDIGIRT VON

Dr. P. J. MÖBIUS und Dr. H. DIPPE

IN LEIPZIG.

Band 241.

JAHRGANG 1894. — Nr. 2.

LEIPZIG 1894.

VERLAG VON OTTO WIGAND.

Inhalt.

A. Auszüge.

Medicinische Physik, Chemie u. Botanik.
Anatomie u. Physiologie. Nr. 163—185.
Allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie. Nr. 186—207.
Pharmakologie u. Toxikologie. Nr. 208—227.
Neuropathologie u. Psychiatrie. Nr. 228—250.
Innere Medicin. Nr. 251—260.
Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde. Nr. 261—291.
Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde. Nr. 292—322.
Hygieine u. Staatsarzneikunde. Nr. 323—335.
Medicin im Allgemeinen. Nr. 336—340.

B. Originalabhandlungen u. Uebersichten. Nr. II. S. 193.

C. Bücheranzeigen. Nr. 16—25.

Berichte der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig. S. 221.

Ausgegeben den 15. Februar 1894.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Inhalt.

A. Auszüge.

I. *Anatomie und Physiologie.*

163. *Camerer, W.* Untersuchungen über Massenwachsthum und Längenwachsthum der Kinder. S. 113.
164. *Riese, H.* Demonstration von Glyceringelatineabgüssen, nebst kurzen Bemerkungen über Extremitätenmissbildungen. S. 113.
165. *Harnack, E.* Ueber die Zusammensetzung des menschlichen Schweisses und den relativen Salzgehalt der Körperflüssigkeiten. S. 113.
166. *Levy-Dorn, Max.* Ueber den Absonderungsdruck der Schweissdrüsen und über das Firnissen der Haut. S. 114.
167. *Müller, Erik.* Zur Anatomie der Speicheldrüsen. S. 114.
168. *Griffiths, J.* Ueber die Veränderungen der Hoden im Alter. S. 114.
169. *Scherl, J.* Einige Untersuchungen über das Pigment des Auges. S. 114.
170. *Mays, Karl.* Ueber den Eisengehalt des Fuscins. S. 115.
171. *Nussbaum, M.* Vergleichend-anatomische Beiträge zur Kenntniss der Augenmuskeln. S. 115.
172. *Solger B.* Zur Kenntniss osmirten Fettes. S. 115.
173. *Ségall, B.* Ueber Silberfärbung der Lantermann'schen Einschnitte. S. 115.
174. *Fischel, A.* Zur Lehre von der Wirkung des Silbernitrat auf die Elemente des Nervensystems. S. 115.
175. *Eberth, C.* Die Nerven der Chromatophoren. S. 115.
176. *Kaes, Theodor.* Beiträge zur Kenntniss des Reichthums der Grosshirnrinde des Menschen an markhaltigen Nervenfasern. S. 116.
177. *Czernyszew, S.* Zur Topographie der weissen und grauen Substanz des Rückenmarkes. S. 116.
178. *Fusari, R.* Ueber die Vertheilung der Nerven in der Milz. S. 116.
179. *Panski, Alex.* Das Verschwinden des Milzpigmentes nach Unterbindung der Milzvenen und seine Regeneration nach Wiederherstellung des Blutumlaufes. S. 117.
180. *de Boeck.* Beitrag zur allgemeinen Nervenphysiologie. S. 117.
181. *Schenck* u. *Bradt.* Ueber die Wärmebildung bei summirten Zuckungen. S. 118.
182. *Jacobj, C.* Untersuchungen über den Kraftsinn. S. 118.
183. *Albanese, M.* Ueber den Einfluss der Zusammensetzung der Ernährungsflüssigkeiten auf die Thätigkeit des Froschherzens. S. 119.
184. *Raudnitz, W.* Ueber die Resorption alkalischer Erden im Verdauungstract. S. 119.
185. *Dapper, Carl.* Ueber Harnsäureausscheidung beim gesunden Menschen unter verschiedenen Ernährungsverhältnissen. S. 119.

II. *Allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie.*

186. *Hofmeister, Fr.* Ueber Mikroorganismen im Urin gesunder Menschen. S. 120.
187. *Petersen, W.* Ueber Bacillenbefunde beim Ulcus molle. S. 120.
188. *Menge, K.* Ein Beitrag zur Cultur des Gonococcus. S. 121.
189. *Finkelnburg.* Zur Frage der Variabilität der Cholerabacillen. S. 121.
190. *Renk.* Ueber das Verhalten der Cholerabacillen im Eise. S. 121.
191. *Voges, O.* Ueber einige im Wasser vorkommende Pigmentbakterien. S. 121.
192. *Heider, Adolf.* Vibrio danubicus. S. 122.
193. *Streng, W.* Infusorien im Sputum bei Lungengangrän. S. 122.
194. *Goldschmidt, F.* Ein Fall von Anthrax hominis. S. 122.
195. *Walthard.* Ueber die Einwirkung der atmosphärischen Luft auf die normale Serosa. S. 122.
196. *Sjögvist, John.* Stoffwechseluntersuchungen bei Leberkrankheiten. S. 123.
197. *Kiener, P. L.* Ueber einen Fall der Hanot'schen Krankheit. S. 123.
198. *Denys* u. *Stubbe.* Ueber experimentelle „Acholie" bei Thieren. S. 123.
199. *Bokenham, T. J.* u. *Soltau-Fenwick.* Ueber Gifte aus der Milz bei Scharlach. S. 123.
200. *Babes, V.* Ueber die Scharlach-Nephritis. S. 124.
201. *Neumann, Julius.* Die Formen der constanten Albuminurie. S. 124.
202. *Ayrer.* Ueber den völligen Schwund des Nierengewebes in Hydronephrosesäcken. S. 124.
203. *Exner, S.* Ein Versuch über Lähmung und Dehnbarkeit der Harnblase. S. 124.
204. *Schmid, G.* Ueber latente Hirnherde. S. 124.
205. *Schmidt, Th.* Beitrag zur Lehre von der Porencephalie. S. 125.
206. *Hochhaus, Heinrich.* Ueber Balkenmangel im menschlichen Gehirn. S. 125.
207. *Schaffer, Karl.* Ueber Veränderungen der Nervenzellen bei experimentellen chronischen Blei-, Arsen- und Antimonvergiftungen. S. 125.

III. *Pharmakologie und Toxikologie.*

208. *Spiegler, Ed.* Ueber Lokalreaktion in Folge hypodermatischer Einverleibung chemischer Verbindungen. S. 125.
209. *Juckuff, Emil.* Ueber die Verbreitungsart subcutan beigebrachter, mit den Gewebesäften nicht mischbarer Flüssigkeiten im thierischen Organismus. S. 126.
210. *Ullmann.* Ueber die Lokalisation des Quecksilbermetalls in thierischen Organismen nach verschiedenartiger Applikation von Quecksilberpräparaten. S. 126.
211. *Fubini, S.* u. *R. Pierini.* Ueber Resorption durch die Haut. S. 126.
212. *v. Sobieranski, W.* Ueber die Resorption des Vaselins von der Haut und seine Schicksale im Organismus. S. 127.
213. *Luther, E.* Ueber Chloroform, seine Wirkungen und Folgen. S. 127.
214. *Warholm, R.* Ueber die Anwendung des Essigs gegen das Erbrechen und die Uebelkeit nach der Chloroformnarkose. S. 128.
215. *Vallas.* Ueber die Aethernarkose in Lyon. S. 128.
216. *Garrè.* Zur Aethernarkose. S. 128.
217. *Hartmann, H.* u. *H. Bourbon.* Ueber Bromäthyl-Narkosen. S. 128.
218. *Sackur, Paul.* Ueber die Giftwirkungen des Pentals. S. 129.
219. *Krogius.* Ueber Cocaineinspritzungen oberhalb der Stelle der Operation, neben den Nerven. S. 129.
220. *Bracco, Guglielmo.* Ueber die Heilwirkung des Analgen. S. 129.
221. *Sabbatani, Luigi.* Ueber Jodmethyl-Phenylpyrazol. S. 130.
222. *Peiser, Jul.* Ueber den Einfluss des Amylenhydrats und des Chloralhydrats auf die Stickstoffausscheidung beim Menschen. S. 130.
223. *Harnack, Er.* u. *Joh. Remertz.* Ueber die Beeinflussung der Schwefel- und Stickstoffausscheidung im Hundeharn durch das Chloralhydrat und Amylenhydrat. S. 130.

Alle Sendungen wolle man an die Expedition, Leipzig, Rossplatz 3, adressiren.

Um Einsendung von Sonder-Abzügen, Dissertationen etc. wird ergebenst gebeten.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

INTELLIGENZBLATT

zu den

Jahrbüchern der in- und ausländischen gesammten Medicin.

№ 2.] Insertionsgebühren werden mit 30 Pf. für die gespaltene Petitzeile berechnet. Schriften für das medicinische Publikum dürften nur durch unsere Jahrbücher am schnellsten und erfolgreichsten bekannt gemacht werden. [1894.

MATTONI's GIESSHÜBLER reinster alkalischer SAUERBRUNN

Bestes diätetisches und Erfrischungs-Getränk, bewährt in allen Krankheiten der **Athmungs-** und **Verdauungsorgane,** bei **Gicht, Magen-** und **Blasenkatarrh.** Vorzüglich für Kinder und Reconvalescenten.

Kur- und Wasserheil-Anstalt Giesshübl-Puchstein bei Karlsbad. Ursprungsort von **Mattoni's Giesshübler Sauerbrunn.**

Heinrich Mattoni, Karlsbad, Wien, Franzensbad, Budapest.

Verlag von **Otto Wigand** in **Leipzig.**

Die
Tripperansteckung
beim
weiblichen Geschlechte.
Ein klinischer Vortrag
von
Dr. med. M. Sänger
Prof. der Geburtshülfe u. Gynäkologie an der Universität Leipzig.
Preis 1 Mark.

Ueber Pessarien.
Ein klinischer Vortrag
von
Dr. med. M. Sänger
Prof. der Geburtshülfe u. Gynäkologie an der Universität Leipzig.
Preis 1 Mark.

Bericht
über die
Leistungen in der Ohrenheilkunde
während der Jahre 1890 und 1891.
Von
Dr. Louis Blau
Specialarzt für Ohrenkrankheiten in Berlin.
Preis 4 Mark.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.
Soeben erschien:
Pathologisch-anatomische
Diagnostik
nebst Anleitung zur Ausführung von Obductionen sowie von pathologisch-histologischen Untersuchungen
von Professor Dr. **Joh. Orth.**
Fünfte neu bearbeitete Auflage.
1894. gr. 8. Mit 410 Abbildungen. 16 Mark.

Verlag von **OTTO WIGAND** in **Leipzig.**

Seele und Geist
in streng wissenschaftlicher Auffassung.
Von
Dr. Emanuel Jaesche.
gr. 8. Preis 2 Mark.

Vinum sagradae genuinum „Liebe".

Wein-Fluidextract von Cascara sagrada von 1,15 spec. Gewicht mit 42% Extractivstoffen (1 cbc = 1 g frischer Rinde) veranlasst **ohne Beschwerden oder Nachtheile** vermehrte Peristaltik, wobei **normale, breiige,** seltener **flüssige Stühle** eintreten, **regelt** die Verdauung **langdauernd,** ist haltbar und länger, auch für Kinder **verwendbar.**

Liebe's Sagradawein in Fl. à 360/0 210/0 zu 250, 150 Pf., auch in Weinflaschen à 450 Pf. und **ausgewogen,** in den **Apotheken.** Ordinationen mit Epitheton: **„Liebe's"** erbeten, da Nachahmungen, sogar solche des Namens existiren!

14 Medaillen u. Diplome. **J. Paul Liebe, Dresden.**

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Verlag von **Otto Wigand** in **Leipzig.**

Soeben erschien:

Ueber die Rehabilitation

der

Schamfugentrennung

oder

Symphyseotomie

durch die geburtshülfliche Schule in Neapel.

Von

Dr. med. Franz Ludwig Neugebauer
in Warschau.

I. Theil.

Die Geschichte des Schamfugenschnittes und die bisherige Casuistik von 437 Operationen von 1777 bis Ende Juni 1893.

Nebst Litteraturverzeichniss.

Preis 6 Mark.

Die

Symphyseotomie.

Von

Prof. Dr. P. Zweifel
Director der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig.

Nach einem in der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig gehaltenen Vortrage.

Mit 2 Abbildungen.

Preis 1 Mark 20 Pf.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 241. 1894. № 2.

A. Auszüge.

I. Anatomie und Physiologie.

163. **Untersuchungen über Massenwachsthum und Längenwachsthum der Kinder**; von Dr. W. Camerer. (Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVI. 3. p. 249. 1893.)

C. hat an einer grösseren Anzahl von Kindern Untersuchungen über das Massen- und Längenwachsthum nach der „individualisirenden" Methode vorgenommen. Er fand eine Hemmung der Gewichtszunahme in den ersten Lebenstagen (ungenügende Ernährung) und am Ende des 3. Vierteljahres (Zahnung). Die tägliche Gewichtsvermehrung nimmt mit dem zunehmenden Alter fortschreitend ab. Das Gewicht am Ende des ersten Jahres war bei Brustkindern und bei künstlich Genährten dasselbe, vorausgesetzt, dass ein normales Geburtsgewicht vorhanden war. Im ersten Lebensjahre betrug die Zunahme etwa 6500 g, im zweiten 2500 g. Gegen das Ende der Entwicklung weichen C.'s Curven von denjenigen Bowditch's und Vierordt's ab. C. fand, dass „die eigentlichen Wachsthumsvorgänge bei Knaben gegen das 18. Jahr hin, bei Mädchen gegen das 16. Jahr hin vollendet sind". „Bis zum 18., bez. 16. Lebensjahre muss jeder gesunde Mensch an Gewicht zunehmen; von da ab hängt das Gewicht von der Individualität und äusseren zufälligen Einflüssen ab." — Die Wachsthumscurven der Gewichte und Längen weichen nicht wesentlich von einander ab. Das Liharzik'sche Gesetz fand C. nur in der ersten Epoche (bis zum Ende des zweiten Lebensjahres) bestätigt. Brückner (Dresden).

164. **Demonstration von Glyceringelatineabgüssen, nebst kurzen Bemerkungen über Extremitätenmissbildungen**; von H. Riese. (Sitz.-Ber. der physikal.-med. Gesellsch. zu Würzburg Nr. 5. p. 68. 1893.)

Die Methode Cathcart's zur Erzielung schöner Abgüsse ist folgende: In die Gipsform (Negativ) wird ein durch Erwärmen verflüssigtes Gemenge von Gelatine, Glycerin und Wasser zu gleichen Theilen eingegossen und durch Erkalten zum Erstarren gebracht. Die so gewonnenen Abgüsse sind durchsichtig; durch Zusatz von Zinkoxyd und Zinnober (1 Esslöffel voll auf 1 Liter) kann ihnen ein fleischartiger Farbenton gegeben werden. Die Masse giebt die feinsten Einzelheiten des Negativs gut wieder, lässt sich leicht (ohne vorheriges Einölen) aus der Form herausheben, ist sehr haltbar, abwaschbar und lässt sich schön bemalen. R. demonstrirte Abgüsse einer congenitalen Clavicularfraktur, eines congenitalen Klumpfusses mit Drucknarbe an der Aussenseite und einer congenitalen Hemmungsbildung eines rechten Armes. Der Vorderarm war hier stark verkürzt, der Radius dünn, sein Köpfchen volar- und ulnarwärts dislocirt. Radius und Ulna waren synostotisch in Pronationstellung verbunden, so dass die Hand in vivo nicht supinirt werden konnte. Von Daumen und Zeigefinger waren nur die Nagelphalanx nachzuweisen. Zwischen beiden bestand Syndactylia fibrosa. Vom 3. und 4. Finger bestand nur ein „erbsengrosser Rest". Der 5. Finger liess 2 Phalangen, eine mit wohl ausgebildetem Nagel, erkennen. R. sieht in der Missbildung eine Entwickelungshemmung, welche in der 4. bis 7. Woche des embryonalen Lebens entstand. Er führt derartige Hemmungsmissbildungen auf Veränderungen zurück, welche bereits im Keimplasma vorhanden waren, und erklärt sich auf diese Weise ihre oft beobachtete Vererbung.

Brückner (Dresden).

165. **Ueber die Zusammensetzung des menschlichen Schweisses und den relativen Salzgehalt der Körperflüssigkeiten**; von E. Harnack. (Fortschr. d. Med. XI. 3. 1893.)

Nach den Untersuchungen H.'s ist der Schweiss die relativ salzreichste aller Körperflüssigkeiten (hinsichtlich der Salzmenge zur Menge der festen Bestandtheile überhaupt) und zugleich die verdünnteste. Während z. B. Blutplasma 8.6%, Harn bei Fleischkost 21.9% und Thränenflüssigkeit 72.2% Salz unter den festen Bestandtheilen haben, beträgt der Salzgehalt des Schweisses 75% der in ihm enthaltenen festen Stoffe.

Hauser (Erlangen).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

166. **Ueber den Absonderungsdruck der Schweissdrüsen und über das Firnissen der Haut**; von Dr. Max Levy-Dorn. (Ztschr. f. klin. Med. XXIII. 3 u. 4. p. 309. 1893.)

L.-D. machte seine Versuche an Katzen, deren Pfoten er in einen Glascylinder steckte. Dieser wurde nach oben luftdicht abgeschlossen (durch eine zurückpräparirte Hautmanchette), nach unten mit einem Manometer und einem Luftgebläse in Verbindung gebracht. Darauf wurde der Blutdruck gemessen, der Luftdruck im Cylinder über jenen erhöht und durch faradische Reizung des Ischiadicus Schweiss erzeugt. Ferner bedeckte L.-D. die Pfoten der Versuchsthiere mit undurchlässigen Stoffen (Theer, Fetten, Collodium) und untersuchte die Schweisssekretion. Er fand, dass man unter Vergleichung der Schweissmenge mit dem Drüsenlumen nicht mit Bestimmtheit eine Sekretion der anämischen Drüsen annehmen kann. Die Schweisssekretion kann einen Druck überwinden, welcher denjenigen in den grossen Blutgefässen übersteigt. Die dabei abgeschiedene Schweissmenge kann nicht ausschliesslich vorgebildetes Sekret sein, vielmehr muss man annehmen, dass die Schweissdrüsen wie die Speicheldrüsen arbeiten. Verdünnte Luft an sich vermag keinen Schweiss hervorzurufen. „Der Absonderungsdruck der Schweissdrüsen darf für die Säuberung der Haut nicht gering angeschlagen werden. Die bisher vorliegenden Erfahrungen berechtigen nicht, einen wesentlichen Unterschied zwischen dem Verhalten von Menschen und Thieren nach dem Firnissen ihrer Haut anzunehmen, wie es jetzt allgemein geschieht. Dass die Abkühlung des Körpers die einzige Schädlichkeit ist, welche durch Firnissen der Haut bewirkt wird, ist noch nicht genügend nachgewiesen."

Brückner (Dresden).

167. **Zur Anatomie der Speicheldrüsen**; von Erik Müller. (Nord. med. ark. N. F. III. 4. Nr. 19. 1893.)

M. untersuchte die frischen Speicheldrüsen eines Hingerichteten mittels Golgi's Silberfärbungsmethode. Die Räume zwischen den Drüsenalveolen füllen reichliche Fasernetzwerke aus. Ein Theil derselben geht von mehr oder weniger mächtigen, die Drüse in verschiedenen Richtungen durchziehenden Bündeln aus und besteht aus feinen Fäden mit knotenförmigen, runden oder ovalen, varikösen Anschwellungen, Nervenfasern; sie zertheilen sich in immer feinere Fasern, die theils die Gefässe, theils die Alveolen netzförmig umspinnen. Ein anderer Theil von Fasern ist homogen, mit ebenmässigen Umrissen, von grösserem Kaliber und weniger schwarz gefärbt als die bereits beschriebenen, ebenfalls verzweigt und auf den Wänden der Drüsenalveolen ausgebreitet; bei genauerer Untersuchung erwiesen sie sich als Ausläufer von eigenthümlichen, verzweigten, verschieden grossen, in grosser Menge vorkommenden Zellen, die in den Interstitien zwischen den Drüsenalveolen liegen und sich mit verschiedener Intensität (schwarz oder mehr rothbraun) färben und einen runden oder ovalen, bei manchen von einem grossen Zellkörper, bei anderen nur von einer dünnen Protoplasmahülle umgebenen Kern enthalten; die Körper dieser Zellen sind platt gedrückt, oft bedeutend in die Länge gezogen, oft unregelmässig; die Ausläufer sind mitunter bipolar. Bei manchen von diesen Zellen gehen die Ausläufer in verschiedenen Richtungen vom Zellkörper aus, verzweigen sich zwischen den Alveolen und diese Zweige begeben sich zu verschiedenen Alveolen, auf deren Membrana propria sie sich ausbreiten; bei anderen, den meisten, bilden die Ausläufer eine korbähnliche Form, der platte Zellkörper schmiegt sich dicht an die Wand der Drüsenalveole, an der sich auch die Ausläufer halten. Die Ausläufer der Zellen verflechten sich vielfach mit einander und anastomosiren auch manchmal mit einander. M. ist der Meinung, dass diese Zellen nicht zum Nervengewebe, eher zu den Geweben der Stützsubstanz zu zählen seien, und hält sie für zweifellos identisch mit den platten verzweigten Zellen, die man schon lange in der Membrana propria der Speicheldrüsenalveolen kennt.

Walter Berger (Leipzig).

168. **The structural changes observed in the testicles of aged persons**; by J. Griffiths, (Journ. of Anat. and Physiol. XXVII. 4. p. 474. 1893.)

Gr. unterscheidet 2 Formen von Altersveränderungen in der Struktur der Hoden. Bei der einen unterliegen die Epithelien der Tubuli seminales und ebenso die der Coni vasculosi der Epididymis einer mehr oder weniger vollständigen fettigen Degeneration und verschwinden zum Theil, während die Tunica propria der Samenröhrchen etwas dicker wird. Das intertubuläre Bindegewebe bleibt dagegen unverändert. Bei der zweiten Form, zeitlich der späteren, haben die Tubuli seminales an Grösse abgenommen, das Epithel ist zum grössten Theile verschwunden, die Tunica propria stark verdickt, das intertubuläre Bindegewebe relativ vermehrt im Vergleich zur Grösse der Samenröhrchen, aber von lockerem Bau und normaler Weise noch Bindegewebezellen enthaltend.

Teichmann (Berlin).

169. **Einige Untersuchungen über das Pigment des Auges**; von Dr. J. Scherl. Aus der Dorpater Universitäts-Klinik. (Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 2. p. 130. 1893.)

Die Untersuchungen des Autors erstrecken sich auf die Chemie, die Morphologie und insbesondere die Entwickelung und Herkunft des Augenpigments. Sch. erwähnt die schwere Löslichkeit der Pigmentkörner, die als zusammengesetzte chemische Körper

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

aufzufassen sind von verschiedener Krystallform. Dass bestimmt geformte, rundliche oder spitze, in diesem oder jenem Abschnitt des Auges regelmässig für sich allein vorkommen, konnte Sch. nicht nachweisen; im Gegentheil waren die verschiedenen Formen stets durcheinander anzutreffen. Wenn auch beim Pigment des Auges die Perls'sche Eisenreaktion ausbleibt, so ist nach Sch. die Annahme, dass das Pigment des Auges aus den Zellen des Pigmentepithels durch Umsetzung ihres eigenen Protoplasma entstehe, nicht aufrecht zu erhalten. Das Pigment stammt aus dem Blute. Darum tritt auch bei den Säugethieren, Amphibien und Fischen, die alle im Glaskörperraume ein sogenanntes inneres Gefässsystem besitzen, das Pigment zuerst an der Innenfläche der proximalen Lamelle auf nach der embryonalen Gefässentwicklung daselbst; bei allen Vögeln, bei denen nur ein äusseres Gefässsystem vorhanden ist, erscheint auch das Pigment zuerst an der Aussenfläche der proximalen Lamelle. Das erste Auftreten von Pigment im embryonalen Auge ist also direkt von der Gefäss-Entwickelung abhängig.

Lamhofer (Leipzig).

170. **Ueber den Eisengehalt des Fuscins**; von Dr. Karl Mays in Heidelberg. (Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 3. p. 89. 1893.)

Es herrschen noch verschiedene Ansichten darüber, ob das braune Pigment der Retina, das Fuscin, eisenhaltig sei oder nicht. Chemische Prüfung mit Rhodankalium und Salzsäure ergab ganz bestimmt, dass das Fuscin eisenhaltig ist.

Lamhofer (Leipzig).

171. **Vergleichend-anatomische Beiträge zur Kenntniss der Augenmuskeln**; von M. Nussbaum. (Anatom. Anzeiger VIII. 6 u. 7. 1893.)

N. fand an einem menschlichen Präparate ein Analogon des bei den niederen Säugern vorkommenden Musc. retractor bulbi in Gestalt eines in dem äusseren Kegel der Musculi recti verlaufenden Muskels, welcher sehnig mit dem Rectus lateralis entsprang und nach vorn zu in 3 Köpfe sich spaltete, von denen je einer mit den Muskelbäuchen des Rectus superior, lateralis und inferior sich vereinigte. Teichmann (Berlin).

172. **Zur Kenntniss osmirten Fettes**; von B. Solger. (Anatom. Anzeiger VIII. 18 u. 19. p. 647. 1893.)

S. bringt eine schon vor ca. 10 Jahren von ihm gemachte Mittheilung wieder in Erinnerung, wonach osmirte Fetttropfen, deren Osmiumschwärzung durch Wasserstoffsuperoxyd wieder beseitigt ist, sich als stark lichtbrechende, dickwandige Hohlkugeln mit einer rundlichen Vacuole im Inneren darstellen. Er deutet diese Bilder dahin, dass unter Einwirkung der Osmiumsäure die fettige Substanz in einen festeren peripherischen Theil und einen flüssigen centralen Theil sich sondere; ersterer würde dem Palmitin- und Stearin-, letzterer dem Oleinantheile entsprechen.

Teichmann (Berlin).

173. **Sur des anneaux intercalaires des tubes nerveux, produits par imprégnation d'argent**; par B. Ségall. (Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXIX. 5. p. 586. 1893.)

S. imprägnirte frisch osmirte Nervenfasern mit Silbernitrat und färbte mit Eosin oder neutralem Carmin nach. Er konnte auf diese Weise eine Imprägnation im Niveau der Lantermann'schen Incisuren hervorrufen, und zwar in Gestalt eines oberflächlichen, hervorspringenden Ringes. Dieser Ring liegt unter der Schwann'schen Scheide und umgiebt das Mark. Bei starker Imprägnation kann er das Bild einer durchbrochenen Scheibe annehmen. S. glaubt, dass an diesen Stellen, gleichwie an den *Ranvier*'schen Schnürringen die Ernährungsflüssigkeiten ihren Eintritt in die Nervenfaser finden. Teichmann (Berlin).

174. **Zur Lehre von der Wirkung des Silbernitrat auf die Elemente des Nervensystems**; von A. Fischel. (Arch. f. mikroskop. Anat. XLII. 2. p. 283. 1893.)

Eine Anzahl Untersucher fasst die eigenthümliche Querstreifung, welche an Nervenfasern und Ganglienzellen nach Behandlung mit Silbernitrat auftritt, als ein Charakteristicum des Nervensystems auf. F. liefert dagegen den Nachweis, dass diese Querstreifung an allen möglichen Geweben und Organen erzielt werden kann, sobald sie nur von lymphatischer Flüssigkeit durchsetzt oder umgeben sind. Er kommt zu dem Resultat, dass die Querstreifung keiner Struktureigenthümlichkeit der Gewebe entspricht, sondern überall da auftritt, wo colloide Gebilde unter der Einwirkung von Silbernitrat erstarren, indem es dabei zur Entstehung von Zonen verschiedener Dichte kommt, in denen die Silberkörnchen in verschiedener Menge abgelagert werden. Teichmann (Berlin).

175. **Die Nerven der Chromatophoren**; von C. Eberth. (Fortschr. d. Med. XI. 14. 1893.)

Um die Nerven der Chromatophoren der Fische und Amphibien für die mikroskopische Untersuchung zugänglicher zu machen, liess E. auf die nach Golgi behandelten Präparate zum Zwecke der Entfärbung des Pigments Chlorwasser einwirken. Hierbei wird das Chromsilber in Chlorsilber umgewandelt und die Nervenzeichnung wird daher allerdings hellgrau; allein durch Belichtung wird wieder eine Silberverbindung erzielt, welche die Nervenzeichnung wieder in ihrer früheren Schönheit hervortreten lässt. An solchen Präparaten konnte E. sehr schön die zu den Chromatophoren herantretenden Nerven verfolgen, von deren Ausbreitung und Endigung in ersteren er zum Schlusse eine kurze Beschreibung giebt.

Hauser (Erlangen).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

176. **Beiträge zur Kenntniss des Reichthums der Grosshirnrinde des Menschen an markhaltigen Nervenfasern**; von Theodor Kaes in Hamburg (Friedrichsberg). (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXV. 3. p. 675. 1893.)

K. unterzog sich der grossen Aufgabe, den Faserreichthum des normalen Gehirns in den verschiedenen Theilen der Rinde zu prüfen und graphisch-schematisch darzustellen. Zu diesem Zwecke benutzte er beide Hemisphären eines psychisch gesunden 18jähr. und die rechte Hemisphäre eines 38jähr. Phthisikers; von letzterer wurden 67 Stücke, von den beiden anderen 100 und 101 Stücke untersucht, und zwar so, dass etwa 100 Schnitte von jedem Stück angefertigt und davon 6—20 genau untersucht wurden. Die einzelnen Stücke wurden erhalten durch Herausschneiden aus Gehirnscheiben, von denen durch Frontalschnitte 12 aus jeder Hemisphäre angefertigt wurden. Die Färbung wurde nach der Wolters'schen Methode vorgenommen. Schon makroskopisch heben sich am ungefärbten, und noch besser am gefärbten Durchschnitt die faserarmen von den faserreichen Schichten ab. Denn der Faserreichthum eines Rindenbezirks giebt sich makroskopisch durch dessen weisse Farbe kund, die Faserarmuth durch graue Farbe. Bei der Wolters'schen Färbung erscheint die faserarme Rinde gelb, mit zunehmendem Faserreichthum wird sie graugelb, blassgrau bis schwarzgrau. Besonders deutlich stellt sich so der in der Mitte der Rinde befindliche Baillarger'sche, bez. Gennari'sche Streifen dar. Schon dies ist ein Mittel, sich von dem Faserreichthum ein vorläufiges Bild zu verschaffen.

K. nahm nun zunächst genaue Messungen der verschiedenen Zonen vor, der zonalen Schicht, des Baillarger'schen Streifens, der zellenarmen Schicht, der II. und III. Schicht, der äusseren Associationschicht, dann der ganzen Rinde auf der Höhe, seitlich und im Windungsthal, endlich der zonalen Schicht im Windungsthale und der Projektionsbreite vor der Ausstrahlung, und bestimmte den Befund makroskopisch und mikroskopisch genauer nach Farbe, Faserreichthum und Vertheilung. Zunächst geht daraus hervor, dass das Gehirn des 38Jährigen ungemein viel reicher an Fasern ist, als das des 18Jährigen. Es darf dies eigentlich nicht Wunder nehmen, da ja der normale Mensch mit 40—60 Jahren auf der Höhe seines Schaffens zu stehen pflegt.

Auf die Einzelheiten der Arbeit kann im Referat nicht eingegangen werden; es kann nur auf einige wichtige Resultate hingewiesen werden. Es ist wohl sicher, dass die Convexität vom 18. bis zum 38. Jahre und wohl auch darüber hinaus noch sehr an Höhe zunimmt, und zwar wegen der Faserzunahme im Associationsystem der zweiten und dritten Schicht. Diese Schicht ist der Gradmesser für die Beurtheilung des Faserreichthums in der Hirnrinde überhaupt. Sie nimmt zu, wie es scheint, auf Kosten der zonalen Schicht. Als die faserreichsten Bezirke überhaupt bezeichnet K. das motorische Rindenfeld, den Schläfenlappen und das Hinterhaupt, als faserärmste die ganze vordere Stirn auf der Convexität.

Eine schematische Farbentafel schliesst die an Einzelheiten sehr reiche Arbeit.

E. Hüfler (Chemnitz).

177. **Zur Topographie der weissen und grauen Substanz des Rückenmarkes**; von S. Czernyszew. (Inaug.-Diss. Moskau 1893.) Russisch.

Cz. studirte den Bau des Rückenmarkes bei angeborenem Fehlen der Glieder und bei partieller Anencephalie. Zur Untersuchung kamen folgende Missbildungen: 1) Amelus, 2) Monobrachius dexter, 3) Defectus ossium cranii, perobrachius und perodactylus dexter. Die Schlussfolgerungen Cz.'s lauten etwa: 1) Bei congenitaler Abwesenheit eines oder aller 4 Glieder sind die Pyramidenstränge sowohl im Rückenmarke, wie in der Oblongata normal entwickelt, sie fehlen dagegen bei gestörtem Zusammenhange der Hirnrinde mit den tieferliegenden Hirntheilen. 2) Als trophisches Centrum der Pyramidenbahn ist daher die Hirnrinde zu betrachten. 3) Bei angeborenem Gliedermangel schwinden nur die graue Rückenmarkssubstanz, die hinteren Rückenmarksstränge und ihre Kerne in der Oblongata. 4) Die sensibeln Nervenfasern für die Arme stammen hauptsächlich von den Burdach'schen Strängen derselben Seite. 5) Ein Theil der Nervenfasern für die Arme findet sich unzweifelhaft in den Goll'schen Strängen der gegenüberliegenden, ein anderer wahrscheinlich in denen derselben Seite. 6) Der Umfang der Burdach'schen und der Goll'schen Stränge ist bei congenitaler Abwesenheit der Glieder im sagittalen Durchmesser reducirt. 7) Die Bahnen für die Beine finden sich gleichmässig in beiden Hintersträngen vertheilt. 8) Sie finden sich in der Lumbalanschwellung und im Dorsaltheile des Rückenmarkes hauptsächlich im vorderen Theile der Hinterstränge. 9) Für die motorischen Wurzeln der oberen und unteren Glieder giebt es keine gesonderten Zellengruppen in den Vorderhörnern des Rückenmarkes.

H. Higier (Warschau).

178. **Sur le mode de se distribuer des fibres nerveuses dans le parenchyme de la rate**; par R. Fusari. (Arch. ital. de Biol. XIX. 2. p. 288. 1893.)

F. hat mittels der Golgi'schen Methode die Verzweigungen der Nervenfasern in der Milz der Ratte und des Kalbes studirt. Die Nerven folgen nach dem Eintritte durch den Hilus entweder den Gefässen oder verlaufen isolirt. Beide Arten verschmelzen mit ihren Endzweigen zu einem dichten Plexus in der Mitte der Pulpa. An einigen wenigen Stellen findet man in engem Zusammenhange mit

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

den Nervenfasern stehende polygonale Zellen mit 4—5 Fortsätzen. Die feinsten Verzweigungen der Fasern scheinen nach einem gekrümmten Verlaufe frei zu endigen; ganz selten sah F. an ihnen noch corpusculäre Elemente. Ein Theil der Fasern dringt auch in die Malpighi'schen Körperchen ein und verzweigt sich in ihnen. Die Arterien sind immer umsponnen von einem dichten Netze von Nervenfasern, die mitunter kleine corpusculäre Elemente in Form von Anschwellungen zeigen.

Windscheid (Leipzig).

179. **Das Verschwinden des Milzpigmentes nach Unterbindung der Milzvenen und seine Regeneration nach Wiederherstellung des Blutumlaufes**; von Dr. Alex. Panski und Prof. R. Thoma. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXI. 4 u. 5. p. 303. 1893.)

P. u. Th. fanden, dass nach Ligatur der Milzvene, wenn die Stauung 1—3 Tage gedauert hatte, das Milzpigment vollständig verschwunden war. Die Ligaturen bestanden aus 1—2 mm dicken Gummistreifen, welche so angelegt wurden, dass nur die Venen comprimirt wurden, die Arterien dagegen durchgängig blieben. Die so entstandene Verlangsamung oder Unterbrechung des Blutstromes in der Milz reizt die glatten Muskelfasern der Trabekeln in ähnlicher Weise zur Contraktion, wie sich die Arterienwände unter den gleichen Umständen verengern. Das Volum der Milz kann zunächst in Folge passiver Ausdehnung um das 3—5fache zunehmen, die Blutkörperchen treten per diapedesin aus; nach 5—8tägiger Stauung zeigt aber die Menge der unveränderten rothen Blutkörperchen in der Milz eine deutliche Abnahme. Nach 8tägiger Stauung grenzen sich die Venenplexus der Pulpa, die Pulpastränge und die Malpighi'schen Körperchen nur noch sehr undeutlich von einander ab. In ihren Folgen bietet die dauernde Unterbindung der Milzvenen bei offenen Arterien schliesslich alle Veränderungen dar, die man in einem hämorrhagischen Infarkt zu finden gewohnt ist.

Für den nach 1—3 Tagen sich entwickelnden Pigmentmangel der Milz nehmen P. u. Th. Sauerstoffmangel als Ursache an, nur in den äussersten Randzonen des Stauungsgebietes, die von der Umgebung auf dem Wege der Diffusion Sauerstoff erhalten, bleibt nach partieller Venenunterbindung das Pigment erhalten. In den entfärbten Partien war Eisen weder durch gelbes, noch durch rothes Blutlaugensalz mikrochemisch nachzuweisen.

Als P. u. Th. nach 3—7tägiger Massenligatur die Ligaturen wieder entfernten, trat regelmässig sofort eine starke Verkleinerung des Organs ein und dunkle, blaurothe Knoten machten sich bemerkbar; mikroskopisch zeigten diese sehr spärliche Pigmentirung und geringfügigen Eisengehalt; äusserlich ähnelten sie sehr hämorrhagischen Infarkten.

In den dem Blutstrom wieder zugänglich gewordenen und wieder verkleinerten Theilen der Milz war nach 3—7 Tagen das Pigment sehr reichlich vertreten und auch sehr eisenhaltig. Die Neubildung des Pigmentes der Milzpulpa ist an die Bedingung einer freien Blutcirkulation und einer genügenden Sauerstoffzufuhr gebunden.

Bemerkenswerth ist, dass trotz der langen Dauer der Ligaturen (3—7 Tage) der Milzvenen, das Milzgewebe nur an einzelnen Stellen dem Gewebetode verfällt, im Uebrigen die Eigenschaften eines lebenden Organes beibehält.

H. Dreser (Bonn).

180. **Contribution à l'étude de la physiologie du nerf**; par le Dr. de Boeck. (Journ. de Méd. etc. de Bruxelles II. 2 et 3. p. 149. 1893.)

De B. erörtert in einer längeren Arbeit die Frage, ob die Fortleitung der Erregung im Nerven von einer merklichen Temperaturänderung begleitet sei. Es handelt sich dabei um die Untersuchung der intakten, central und peripherisch mit dem Centralorgan, bez. den Endapparaten verbundenen Nerven; dabei sollten auch nur normale Erregungen verwendet werden, nicht andere Reize, selbst nicht der elektrische Strom, da dieser schon die Messapparate beeinflusst. Die gewöhnlichen thermoelektrischen Säulen waren ihrer grossen Masse wegen auch nicht zu verwenden; es musste deshalb ein besonderer Messapparat construirt werden. Die Einzelheiten können im kurzen Referat nicht Platz finden; ihretwegen muss auf das Original verwiesen werden.

Die früheren Untersuchungen mit Thermosäulen waren unzuverlässig, und wenn Resultate damit erzielt worden sind, so hingen die gemessenen Temperaturänderungen von anderen Faktoren, z. B. dem zur Reizung verwandten elektrischen Strom ab. Die Autoren hingegen, die mit genügenden Instrumenten arbeiteten, benutzten nicht den physiologischen Reiz, sondern, man möchte sagen, pathologische Reize, und arbeiteten nicht am intakten, sondern am verschiedentlich lädirten Nervensystem. Alle diese Fehlerquellen suchte de B. zu vermeiden. Er arbeitete mit dem nach dem Principe der *Wheatstone*'schen Brücke gebauten elektrischen Thermometer, dessen Widerstand wächst mit der steigenden Erwärmung, verbunden mit einem Galvanometer. Dieser Apparat arbeitete vollkommen genau. Die Untersuchungen wurden angestellt am Ischiadicus des Frosches und des Kaninchens, weil dieser Nerv sich ohne jede grössere Verletzung, als den Hautschnitt bequem freilegen lässt. Gereizt wurde dadurch, dass indirekte Erregungen, plötzliche Gehörs- oder Gesichtseindrücke, Kneipen der einen oder anderen Pfote das Bein zu einer Bewegung anspornten, die dann untersucht wurde, oder dass lediglich der Reiz centripetal wirkte, ohne eine Bewegung auszulösen. Der sensible Reiz, dem keine Bewegung

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

folgte, hatte nur leisen Ausschlag des Galvanometers zur Folge; entstand aber eine Bewegung, dann war die Nadelabweichung proportional und von der Wärmeentwicklung im Muskel abhängig. Wurde das Thier curarisirt, dann blieb auch dieser Ausschlag aus. Auch beim Kaninchen vermochte kein Reiz, wenn ihm keine Bewegung folgte, einen Nadelausschlag hervorzurufen, d. h. weder beim Frosch, noch beim Kaninchen vermag die centrifugale oder centripetale Leitung eines Reizes eine Aenderung der Temperatur über 0.0006 Centigrad herbeizuführen.

Die Leitung im Nerven kommt vollkommen ohne Temperaturänderung zu Stande. Der Nerv besteht auch im Achsencylinder aus verschiedenen Theilen, je nachdem man die Stelle der Einschnürung oder das interannuläre Stück berücksichtigt. Einfach durch Aenderung der Oberflächenspannung entsteht ein elektrischer Strom, der von Segment zu Segment sich fortpflanzt, der deshalb auch so langsam geht und wodurch sich auch erklärt, dass eine einfache Ligatur, die die elektrische Leitungsfähigkeit an sich nicht stört, doch die Funktion aufhebt. So verstehen wir die Anordnung des Nervensystems in Neuronen, in einzelne Abschnitte, die durch einfachen Contakt zusammenhängen, und doch leiten, eben durch Aenderung der Oberflächenspannung. E. Hüfler (Chemnitz).

181. **Ueber die Wärmebildung bei summirten Zuckungen**; von Schenck u. Bradt. (Arch. f. d. ges. Physiol. LV. 3 u. 4. p. 143. 1893.)

Die Vff. haben Versuche angestellt über die Abhängigkeit der Wärmebildung von dem Reizintervall. Sie kamen dabei zu folgenden Resultaten: 1) Bei Summation von 2 isotonischen Zuckungen ist die gebildete Wärmemenge immer kleiner, als die doppelte Wärmemenge der Einzelzuckungen. Die Wärmebildung nimmt zu mit wachsendem Reizintervall bis zu einem dem $1^1/_2$fachen der Einzelzuckung entsprechenden Maximum, das erreicht wird bei der Mitte des aufsteigenden Schenkels, nimmt dann wieder ab bis zu einem dem $1^1/_3$fachen der Einzelzuckung entsprechenden Minimum, das entsteht, wenn die 2. Zuckung auf dem Gipfel der 1. steht, hierauf nimmt sie wieder zu. Das Doppelte der Wärmebildung der Einzelzuckungen wird erst nach der Trennung der beiden Curven erreicht. 2) Bei Summation von 3 isotonischen Zuckungen ist ebenfalls die gebildete Wärmemenge für die 3. Zuckung kleiner, als für die zweite. Das relative Minimum tritt hier dann ein, wenn die 3. Zuckung auf dem Gipfel der 2. beginnt. 3) Bei Summation von 2 isometrischen Zuckungen ist ebenfalls die gebildete Wärmemenge kleiner als die doppelte Wärmemenge der Einzelzuckungen. Mit wachsendem Reizintervall nimmt die Wärmebildung immer zu, anfangs schnell bis zum Beginne der 2. Zuckung, dann langsamer. Die grösste Spannung entsteht, wenn die 2. Zuckung sich auf dem letzten Drittel des aufsteigenden Schenkels der 1. ansetzt. 4) Bei Summation von 3 isometrischen Zuckungen wird ebenfalls für die 3. Zuckung weniger Wärme gebildet als für die 2. Es ist also die für die 2. Zuckung gebildete Wärmemenge bei isometrischen Zuckungen grösser als bei isotonischen. Bei Isotonie zeigt die Curve ein Maximum und ein Minimum, bei Isometrie steigt sie gleichmässig an. Versteht man unter Nutzeffekt das Verhältniss von Spannung zur Wärme, so hat er bei Isotonie ein relatives Maximum, wenn die 2. Zuckung vor dem Gipfel der 1. beginnt; vor- wie nachher bestehen Minima; bei Isometrie dagegen befindet sich der Nutzeffekt im Minimum, wenn die 2. Zuckung etwas vor oder nach dem Gipfel der 1. beginnt. Vff. erklären die Verschiedenheiten der Wärmebildung durch Veränderungen der Erregbarkeit: der erste Reiz verursacht im Muskel eine Veränderung der Erregbarkeit, so dass der zweite einen geringeren Stoffumsatz zur Folge hat (Ermüdung des Muskels). Ob die Curve nur abhängig ist von diesem ermüdenden Einflusse der ersten Reizung, ist noch nicht klar. Bei der isotonischen Zuckungscurve verbindet sich mit dem Einflusse der Ermüdung sicher noch der Umstand, dass die Erregbarkeit des Muskels um so geringer ist, je grösser sein Contraktionzustand wird.

Windscheid (Leipzig).

182. **Untersuchungen über den Kraftsinn**; von Dr. C. Jacobj. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXII. 1 u. 2. p. 49. 1893.)

Zu seinen Messungen über die Empfindlichkeit des Kraftsinnes benöthigte J. eine Einrichtung, welche gestattete, die auf den hebenden Unterarm der Versuchsperson als Reize wirkenden Gewichte in den verschiedensten Grössen und mit verschiedenen Zusatzgewichten möglichst rasch nacheinander zum Zwecke vergleichender Urtheile verändern zu können. Die Einzelheiten des nach dem Principe eines einarmigen, mit Läufergewichten versehenen, äquilibrirten Hebels construirten Apparates sind im Original nachzusehen.

Ueber die Unterschiedschwelle ermittelte J. zunächst, dass man für sie zwei verschiedene Werthe bekommt, und zwar den grösseren, wenn man von übermerklichen Unterschieden nach dem Schwellenwerth absteigt, den kleineren, wenn man von untermerkbarem Unterschied aus aufsteigend den Werth der Unterschiedschwelle aufsucht.

In einer der ersten Versuchsreihen fand J., dass für mehrere Personen ziemlich gleichmässig die Unterschiedschwelle bei demjenigen Zusatzgewichte gefunden wurde, welches $^1/_{11}$ des Ausgangsgewichtes von 3500 betrug. Versuche mit anderen Ausgangsgewichten zeigten, dass das Verhältniss zwischen Zusatzgewicht und Ausgangsgewicht sich mit der verschiedenen Grösse der

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Ausgangsgewichte veränderte, und zwar derart, dass für kleine Gewichte dieses Verhältniss relativ grösser ausfiel, als für grössere Gewichte. Die Aenderung dieses Verhältnisses war aber nicht continuirlich, sondern blieb innerhalb einer gewissen mittleren Grösse der Ausgangsgewichte (3000—6000 g) annähernd gleich, um sich erst bei grösseren Gewichten wieder in dem anfänglichen Sinne einer allmählichen Abnahme des Zahlenwerthes der Proportion $\frac{\text{Zusatzgewicht}}{\text{Ausgangsgewicht}}$ zu verändern. Hierdurch wurde J. darauf geführt, die mechanischen Momente des hebenden Unterarmes der Versuchsperson mit in seine Berechnung einzubeziehen, und unter diesen Umständen fand sich das Verhältniss nahezu gleichmässig wie 1 : 20 innerhalb weiter Grenzen; das gleiche Verhältniss fand sich auch, wenn statt mit dem Unterarm die Hebungen mit dem Kiefer ausgeführt wurden.

Der Kraftsinn oder das Unterscheidungsvermögen für die Grösse gehobener Gewichte kommt nach J. zu Stande durch einen psychischen Vorgang, bestehend in der Vergleichung der Grösse der aufgewendeten Innervationsanstrengung mit der Dauer der Zeit, welche zwischen der gewollten Hebung und dem wirklichen Eintritt der Bewegung verstreicht, denn ist das zu hebende Gewicht grösser, so erfolgt bei sonst gleicher Innervationsanstrengung die Hebung etwas später, d. h. die „Latenzzeit" wird grösser. Diese Latenzzeit, an deren Ende die Bewegung des Gewichtes erfolgt, ist abhängig von der Grösse der bei der Hebung des Gewichtes angewandten Innervationskraft, bei gleicher Innervationskraft aber proportional der Grösse des gehobenen Gewichtes.

In einer weiteren Abhandlung gedenkt J. nach diesen Vorstudien über den normalen Zustand den Einfluss pharmakologischer Agentien auf die Veränderungen der Leistungen des Muskelsinnes genau festzustellen und nachzuweisen, welche der beim Muskelsinn in Betracht kommenden Funktionen durch ihre Veränderung die Ursache des gestörten Urtheilsvermögens ist.

H. Dreser (Bonn).

183. **Ueber den Einfluss der Zusammensetzung der Ernährungsflüssigkeiten auf die Thätigkeit des Froschherzens**; von Dr. M. Albanese. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXII. 3 u. 4. p. 297. 1893.)

A. untersuchte an dem am *Williams*'schen Apparat arbeitenden isolirten Froschherzen, welche Bestandtheile oder welche Eigenschaften der als Ernährungsflüssigkeit cirkulirenden Blutmischung für die Leistungsfähigkeit des Herzens erforderlich sind. Zunächst stellte er fest, dass, wenn die physikalische Beschaffenheit der cirkulirenden Flüssigkeit die richtige ist, das Herz eben so gut arbeite bei vollständig zerstörten rothen Blutkörperchen, als bei intakten. Ferner war sogar eine einfache 2proc. Gummilösung, die durch Kochsalzzusatz isotonisch gemacht war, im Stande, die Herzarbeit eine gewisse Zeit zu unterhalten; leitet man ausserdem durch diese einen Strom reinen Sauerstoffs anhaltend hindurch, so dass die Flüssigkeit immer mit dem Gas gesättigt bleibt, so arbeitet das Herz eben so gut wie mit den Blutflüssigkeiten, wird aber dieselbe Flüssigkeit mittels Durchleiten von Wasserstoff völlig sauerstofffrei gemacht, so ist das Herz nicht im Stande, damit zu arbeiten.

Damit das isolirte Herz mit seiner Durchströmungsflüssigkeit arbeiten kann, sind die Gegenwart von Sauerstoff, die Isotonie der Flüssigkeit und ein gewisser Grad von Viscosität, der ungefähr demjenigen der gewöhnlichen Blutkochsalzlösungsmischung gleichkommt, unentbehrlich.

H. Dreser (Bonn).

184. **Ueber die Resorption alkalischer Erden im Verdauungstract**; von Dr. W. Raudnitz. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXI. 4 u. 5. p. 343. 1893.)

R. stellte seine Versuche in der Weise an, dass er in beiderseits abgebundene Abschnitte des Verdauungschlauches von Hunden bestimmte Mengen Strontium- oder Calciumsalze brachte, das Thier nach 6—24, am häufigsten nach 8 Stunden tödtete, Darmstück sammt Inhalt oder beide getrennt veraschte und die Menge des betreffenden Erdalkalis bestimmte. Die verschiedenen Darmabschnitte verhielten sich folgendermaassen: Die Resorption des Chlorstrontium fand hauptsächlich im Anfangstheile des Zwölffingerdarmes statt, das obere Jejunum saugte mehr auf als der Magen, das untere weniger. Das Procent der Resorption stieg und fiel bei gleicher Concentration mit der eingeführten Menge. Die Resorption des Strontiumcarbonates war an seine vorherige Umwandlung und Löslichmachung durch die Magensalzsäure geknüpft.

Für die bei der Verdauung gegebenen physiologischen Verhältnisse schliesst R. aus seinen Versuchen Folgendes: Die Resorption gelöster *Kalk*salze findet vorwiegend im Darm, und zwar hauptsächlich im Anfangstheile des Duodenum statt. Die Resorption des Kalkcarbonats erfolgt an derselben Stelle, ist aber an die vorgängige Lösung in der Salzsäure des Magens geknüpft, abgesehen von jener geringen Menge, welche der Löslichkeit des Carbonates in den Darmsäften entspricht. Die Resorption des neutralen Kalkphosphates lässt eine gleiche Abhängigkeit von der Lösung im saueren Magensafte nicht erkennen. H. Dreser (Bonn).

185. **Ueber Harnsäureausscheidung beim gesunden Menschen unter verschiedenen Ernährungsverhältnissen**; von Dr. Carl Dapper. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 26. 1893.)

Man nahm früher an, dass die Harnsäureausscheidung des Gesunden in einem bestimmten

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Verhältniss zur Gesammtstickstoffausscheidung stehe. Doch ist die früher angewandte Methode der Harnsäurebestimmung sehr ungenau. Auf Grund neuerer, mit besseren Methoden angestellter Bestimmungen sprachen sich schon Viele dahin aus, dass die Harnsäureausscheidung keine solche Abhängigkeit vom Eiweissumsatz zeigt.

D. konnte nachweisen, dass das Verhältniss des Gesammtstickstoffs zum Harnsäurestickstoff im Harne nicht nur bei verschiedenen Individuen sehr schwankt, sondern auch zu verschiedenen Zeiten bei derselben Person.

Einer weitverbreiteten Ansicht widerspricht die Thatsache, dass in einigen Versuchsreihen die Harnsäureausscheidung gerade bei eiweissarmer Kost am grössten war.

Auch aus einer Tabelle, in der D. die meisten zuverlässigen Harnsäurebestimmungen, einschliesslich seiner eigenen, zusammenstellt, ergiebt sich eine sehr verschiedene Grösse der Harnsäureausscheidung bei verschiedenen Gesunden. Das Verhältniss zwischen Gesammtstickstoff und Harnsäurestickstoff schwankt zwischen 23.2—122.4.

V. Lehmann (Berlin).

II. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

186. **Ueber Mikroorganismen im Urin gesunder Menschen**; von Fr. Hofmeister. (Fortschr. d. Med. XI. 16. 17. 1893.)

H. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Resultaten:

„1) Der frisch aufgefangene Urin gesunder Menschen enthält stets reichliche Mengen von Mikroorganismen (Lustgarten und Mannaberg, Rovsing, Petit und Wassermann und H.), die bakteriologische Untersuchung des Urins in Krankheitsfällen darf deshalb nur dann auf Beweiskraft Anspruch erheben, wenn es sich um den Nachweis eines bekannten pathogenen Spaltpilzes (wobei zu berücksichtigen ist, dass Staphylokokken auch im Urin Gesunder nachgewiesen sind) oder eines anderen wohl charakterisirten Mikroben handelt, von welch letzterem jedoch im einzelnen Falle darzuthun wäre, dass er mit den zahlreichen Bewohnern der gesunden Urethra nicht identisch ist.

2) Die in der Urethra ansässigen Keime nehmen in den höher gelegenen Partien an Zahl ab.

3) Für die Aetiologie der Cystitis kommt den Diplokokken der normalen Urethra eine wesentliche Bedeutung nicht zu, da dieselben weder „pathogen“ sind, noch auch ohne Gegenwart einer eiweissähnlichen Nährsubstanz im Urin zu vegetiren vermögen und da sie selbst bei Gegenwart einer solchen nur eine sehr langsam verlaufende ammoniakalische Harngährung einzuleiten im Stande sind.“

Ausdrücklich betont H., dass er „im frischen Urin gesunder Menschen den Proteus Hauser niemals nachzuweisen vermochte, eine Thatsache von enorm praktischer Bedeutung, wenn man bedenkt, dass Proteus nach Schnitzler schon durch seine blosse Anwesenheit in der Blase in der Zeit zwischen 2 Miktionen, ohne dass Retentio urinae zu bestehen braucht, Cystitis zu erzeugen vermag“.

Gelegentlich seiner Ausführungen theilt H. auch noch einige für die Bedeutung des Proteus interessante Fälle mit: In 2 Fällen wurde Proteus in dem durch Katheterisiren gewonnenen, stark ammoniakalisch stinkenden Cystitis-Urin nachgewiesen. Der 1. dieser Fälle betraf eine eklamptische Wöchnerin mit jauchendem Puerperalgeschwür; im 2. Falle handelte es sich um einen älteren Herrn, der durch starke Prostatahypertrophie seit Jahren zum Katheterismus genöthigt war. Beide Male wimmelte der frisch aufgefangene Urin von Bacillen, welche sich culturell als Proteus Hauser erwiesen. In diesen Fällen war ebenso wie in den mit sterilem Harn versetzten Proteusculturen die Ammoniakentwickelung eine ungleich stärkere, als H. sie je bei den Urethradiplokokken beobachten konnte.

Auch H. ist übrigens der Ansicht, dass Proteus im Stande sei, reinen Urin (ohne Zusatz von Nährlösung) zu zersetzen.

Im 3. Falle handelt es sich um das Vorkommen von Proteus in dem stinkenden Eiter eines Ovarialabscesses bei einer Frau. Sofort nach Eröffnung des Abscesses wurden von Dr. v. Herft Agar- und Stichculturen angelegt, welche H. als Reinculturen erkannte. Doch bleibt es in diesem Falle nicht ausgeschlossen, dass in dem Eiter ursprünglich auch noch die eigentlichen Eitererreger vorhanden waren, indem durch Proteus, namentlich in der Cultur, alle anderen Bakterienarten in kurzer Zeit verdrängt werden.

H. schliesst sich überhaupt der auch vom Ref. vertretenen Ansicht an, dass der Proteus praktisch nur durch seine Symbiose mit den eigentlichen Eitererregern für die Abscessbildung von Bedeutung sei und für sich allein keine primäre zur Eiterung führende Infektion bewirken könne.

Hauser (Erlangen).

187. **Ueber Bacillenbefunde beim Ulcus molle**; von W. Petersen. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIII. 23. p. 743. 1893.)

P. konnte in dem Eiter eines frischen Ulcus molle, besonders bei der Färbung mit alkalischem Methylenblau ohne Anwendung von Alkohol, neben einer grossen Anzahl von Strepto- und Staphylokokken auch einige Bacillen nachweisen, welche in Form und Grösse den von Ducrey und Krefting beschriebenen ähnelten, jedoch nie eine so ausgesprochene Einschnürung zeigten. In grösserer Zahl fanden sie sich in einem durch Verimpfung auf den Oberschenkel des Kranken

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

erzeugten Schanker. In Schnitten aus dem weichen Geschwür, sowie aus dem Impfschanker fanden sich stets Bacillen, welche den Unna'schen (Jahrbb. CCXXXIX. p. 149) durchaus ähnlich waren. In dem frischen, am 4. Tage herausgeschnittenen Impfschanker waren sie nur in der nekrotischen Zone, bei dem älteren Primärschanker auch in dem von Spalten zerklüfteten, noch nicht nekrotischen Gewebe zu bemerken. Eine besonders reichliche Anhäufung in der Grenzzone konnte nicht beobachtet werden.

Verschiedene harte Schanker wiesen einen derartigen Bacillus nicht auf. Auf Agar-Agar-Blutserum gezüchtete Culturen ergaben in der 4. Aussaat Bacillen, welche mit den in den Schnitten gefundenen Streptobacillen übereinstimmten. Impfungen auf Thiere und den Menschen blieben ohne sichere Resultate; vielleicht hat die Virulenz unter dem Einflusse des Nährbodens eingebüsst, oder der Bacillus entwickelt nur in Symbiose mit anderen Mikroorganismen seine volle pathogene Kraft.

P. hält die Identität der in den Schnitten von den verschiedenen Untersuchern gefundenen Bacillen für erwiesen, dagegen weichen die von Ducrey u. Krefting im Eiter gefundenen Bacillen wesentlich von jenen ab. Wermann (Dresden).

188. **Ein Beitrag zur Cultur des Gonococcus**; von Dr. K. Menge in Leipzig. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XVII. 8. 1893.)

M. hat Gonokokken nach der Methode von Wertheim aus gonorrhoischem Eiter verschiedener Herkunft gezüchtet und ihre Virulenz bei Uebertragung auf die menschliche Urethralschleimhaut bestätigt gefunden. An Stelle des schwer zu erlangenden menschlichen Blutserum wurde eine Mischung von Agar und Kystomflüssigkeit mit bestem Erfolge als Nährboden verwendet.

Brosin (Dresden).

189. **Zur Frage der Variabilität der Cholerabacillen**; von Prof. Finkelnburg in Bonn. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIII. 4. p. 113. 1893.)

Als im April 1892 die Cholera in den Vororten von Paris epidemisch auftrat, sprach Prof. Peter den gefundenen Kommabacillen alle Bedeutsamkeit ab, Netter versuchte dann eine Anzahl von Unterscheidungsmerkmalen zwischen dem Kommabacillus der Pariser Vororte und dem asiatischer Herkunft aufzustellen. F. prüfte diese Angaben nach, indem er Netter's Culturen aus Argenteuil und Aubervilliers mit Culturen aus Hamburg und aus dem Reichsgesundheitsamt (von 1883) verglich.

Es ergab sich, dass ein Unterschied zwischen den Pariser Vororts- und den Hamburger Bacillen von 1892 nur in geringem Grade bezüglich der Schnelligkeit des Wachsthums und der Gelatineverflüssigung besteht, während beide Arten im Vergleiche mit den älteren Laboratorium-Bacillen eine höhere Widerstandsfähigkeit gegen niedere Temperaturen und gegen Sauerstoffentziehung zeigen, ferner ein intensiveres Vermögen, Laktose zur sauern Gährung zu bringen, und einen höheren Giftigkeitsgrad gegenüber rothen Blutkörperchen, endlich auch eine etwas gedrungenere, in der Mitte geschwelltere Form und eine grössere Neigung, sich zu Spirillenfäden zusammenzusetzen.

Kann man also von irgend welcher Besonderheit der Pariser Bacillen nicht sprechen, so wird man doch eine allmähliche Abschwächung der Lebenskraft zugeben müssen.

Nowack (Dresden).

190. **Ueber das Verhalten der Cholerabacillen im Eise**; von Prof. Renk. (Fortschr. d. Med. XI. 10. 1893.)

Angeregt durch die mitten im Winter 1893 zu Nietleben ausgebrochene Choleraepidemie unterzog R. das Verhalten der Choleraspirillen im Eise einer sorgfältigen experimentellen Prüfung; denn wenn es auch bereits bekannt war, dass diese Spaltpilze eine vorübergehende Temperatur von — 10° während mehrerer Stunden auszuhalten vermögen, so war die Frage, ob tiefere Kältegrade längere Zeit ertragen würden, noch unentschieden.

Bei den Untersuchungen zeigte sich nun, dass die Choleraspirillen nach 5tägiger ununterbrochener Frosteinwirkung, selbst bei Temperaturen von nur 1—2° unter 0, stets alle abgetödtet waren; wurde die Frostwirkung unterbrochen, so verzögerte sich die Abtödtung bis zu 6—7 Tagen. Bei tieferen Kältegraden (— 9.6°) waren die Spirillen schon nach 39 Std. abgestorben. R. glaubt daher mit Sicherheit annehmen zu dürfen, dass im Eise, welches älter als 8 Tage ist, entwickelungsfähige Cholerakeime nicht mehr vorhanden sind.

Hauser (Erlangen).

191. **Ueber einige im Wasser vorkommende Pigmentbakterien**; von Dr. O. Voges in Kiel. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 10. p. 301. 1893.)

Bisher kannten wir 8 einen blauen oder violetten Farbstoff erzeugende Bakterien (Bac. membranaceus amethystenus (Jolles), Bac. coeruleus (Smith), Bac. berolinensis indicus (Clässen), Bac. violaceus (Laurentius), Bac. violaceus (Lustig), Bac. lividus (Plagge und Proskauer), Bac. janthinus (Zopf), Bac. violaceus (Macé). V. reiht diesen einen 9., Bac. violaceus, und einen 10., Bac. indigoferus, an. Jenen fand er in einem Bohrloch bei Grundwasser, diesen im Kieler Wasserleitungswasser selbst. Beide sind nicht pathogen. Nr. 10 gleicht am meisten dem Bac. berolin. indic., wächst aber langsamer und ohne deutliche Protoplasmahülle. Der Farbstoff bildet sich auch im Bouillonhäutchen und liegt hier in den Bakterienleibern selbst. Sein Verhalten gegen HCl und NH_3, Chloroform u. s. w. ist wesentlich verschieden. Nr. 9 erzeugt einen graublauen Farbstoff. Die Cultur erscheint scharf dunkel ohne Lichthof, im Innern leicht gekörnt. Vom 6. Tage an erfolgt leichte Verflüssigung. Die Bacillen sind 0.9—1.4 μ lang und 0.7—0.9 μ dick, tragen *eine* Geissel und entfärben sich bei Gram's Methode.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Zum Schlusse giebt V. dann noch eine Reihe eigener Beobachtungen über den Bac. violaceus (Lustig), Bac. janthinus, sowie den rothen Bac. Plymouth (Fischer).
Nowack (Dresden).

192. **Vibrio danubicus**; von Dr. Adolf Heider. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 11. p. 341. 1893.)

Aus dem Wasser des Wiener Donaukanales isolirte H. im Herbste vorigen Jahres einen Vibrio, der sich mit keiner der bisherigen Arten deckte. Nach dem Aussehen der Plattenculturen und dem Verhalten bei den verschiedenen biologischen Reaktionen konnte nur die Unterscheidung zwischen Choleravibrio oder Vibrio Metschnikoff in Frage kommen. Von diesem aber trennt ihn das Verhalten bei Tauben, Mäusen, Meerschweinchen u. s. w., von jenem das Verhalten bei der Infektion der Meerschweinchen vom Magen, der Lunge und dem Unterhautzellgewebe aus und dann bei genügend lange fortgesetzter Beobachtung auch das Aussehen der Gelatinecultur.
Nowack (Dresden).

193. **Infusorien im Sputum bei Lungengangrän**; von Dr. W. Streng. Aus der med. Klinik zu Leipzig. (Fortschr. d. Med. X. 19. 1892.)

Str. beschreibt 2 Fälle von Lungengangrän, in denen sich im Auswurfe Infusorien von derselben Beschaffenheit vorfanden, wie sie schon früher von Kanneberg (Ztschr. f. klin. Med. I. 1880) ebenfalls bei Lungengangrän beobachtet worden sind. Diese Infusorien stellen scheinbar strukturlose Zellen, etwa von der Grösse eines farblosen Blutkörperchens, dar, an deren einem Ende sich mehrere Geisselfäden befinden, durch deren lebhafte Schwingungen die kleinen Thierchen sich sehr schnell fortbewegen.

Die Infusorien finden sich in den bei der Lungengangrän vorhandenen kleinen, besonders fötid riechenden, aus Detritusmassen und Fettnadeln bestehenden Pfröpfen. Sie konnten im 1. Falle über 1 Jahr lang im Auswurf des Kranken beobachtet werden. Im 2. Falle fanden sich die gleichen Infusorien, daneben auch Formen ohne Geisseln.

Str. gelang es auch, diese Infusorien durch Uebertragung der Pfröpfe in Bouillonröhrchen zu züchten. Es fand neben Bakterienentwickelung eine lebhafte Vermehrung derselben statt bis zum 4. oder 5. Tage. Von dieser Zeit an nahmen sie schnell wieder ab, so dass vom 10. Tage an keine mehr in den Culturen zu finden waren.

In einem Nachtrag berichtet Str. noch über einen 3. Fall von Lungengangrän, in welchem ebenfalls die Infusorien aufgefunden wurden.
Hauser (Erlangen).

194. **Ein Fall von Anthrax hominis**; von Dr. F. Goldschmidt in Nürnberg. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 39. 1893.)

Junger Mann, Pinselmacher, bisher gesund. Frühjahr 1888 hartnäckiger Icterus catarrhalis. Danach Erkrankung mit Kopfschmerz und Müdigkeit. Schmerzlose Anschwellung der rechten seitlichen Halsgegend. Fieber. Puls 96. Angstgefühl, Schwäche, starke Schweisse, Diarrhöen. 2 Tage darauf tonische Contrakturen der Extremitäten, Aufwärtsrollung der Bulbi. Puls 54. Starkes Fieber. Tod.

Sektion: Muskulatur feucht, blass, braunroth. Blut dünnflüssig. Rechte seitliche Halsgegend stark ödematös, Unterhautzellgewebe von Blut durchsetzt. Cervikaldrüsen vergrössert, weich, theilweise von Blutungen durchsetzt. Blutiger Erguss in den Pleurahöhlen. In der Costalpleura zahlreiche Ekchymosen. Lungenödem. Herzmuskel schlaff, gelbbraun. In der Bauchhöhle 1 Liter hämorrhagischen Exsudats. Milz vergrössert, weich, brüchig. Nieren blutreich. In der Mucosa des unteren Jejunum, des Ileum und aufsteigenden Colon zahlreiche blutige Infiltrate, welche nicht den ganzen Umfang einnahmen. Ueber beiden Hirnhemisphären starker Bluterguss. Hemisphären von zahlreichen Blutungen durchsetzt. In sämmtlichen Organen massenhafte virulente Milzbrandbacillen. Bei diffuser Färbung mit Methylenblau fanden sich im Gehirn auch extravaskulär massenhafte Stäbchen, bei Färbung nach Gram-Weigert dagegen nur in den Gefässen. Brückner (Dresden).

195. **Ueber die Einwirkung der atmosphärischen Luft auf die normale Serosa**; von Dr. Walthard in London. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XII. 11. 12. p. 372. 1892.)

W. hat früher über die Aetiologie eitriger Peritonitiden nach Laparotomien auf Grund seiner Thierversuche berichtet. Weitere 30 Experimente an Kaninchen und Katzen führten ihn zu folgenden Resultaten:

1) Wird eine normale Peritonäalfläche während 20 Minuten dem Contakt mit atmosphärischer Luft ausgesetzt und hernach mit 24 Std. alten Rein- oder Mischculturen pyogener Bakterien (Staphylococcus aureus, citreus, albus, Streptococcus) inficirt, so entsteht, von der durch die Luft veränderten Serosafläche ausgehend, eine Peritonitis. 2) Wird eine normale Peritonäalfläche während 20 Min. ausserhalb des Abdomens gebracht und durch beständiges Feuchterhalten mittels einer für die Serosa indifferenten Lösung (6‰ NaCl oder 6‰ NaCl + 2.5‰ $NaCO_3$) vor direktem Contakt mit atmosphärischer Luft geschützt, so tritt trotz intraabdominaler Infektion mit gleichen und grösseren Mengen jener Eitererreger keine Peritonitis auf. 3) Wird eine normale Peritonäalfläche während 20 Min. ausserhalb der Abdominalhöhle einem mit Wasserdampf gesättigten Luftstrom von 38° C. Temperatur ausgesetzt, so tritt trotz Infektion mit gleichen und grösseren Quantitäten jener Bakterien keine Peritonitis auf. Ebenso wirkte ein mit Wasserdampf gesättigter Strom von O oder CO_2 oder N von 38° C. Es scheinen also zwischen der lebenden Serosa und dem Sauerstoffmolekül keine chemischen Vorgänge stattzufinden. Reaktion mit Jodkaliumkleister und Guajaharz auf nascirenden O blieben negativ. 4) Werden zwei einander gegenüberliegende Peritonäalflächen während 20 Min. der Einwirkung atmosphärischer Luft ausgesetzt, so entsteht trotz möglichster Asepsis zwischen den beiden Serosaflächen eine fibröse Verwachsung, wenn sich die beiden durch Luftcontakt geschädigten Serosaflächen bewegungslos berühren. Mechanische Feststellung und Dar-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

reichung von Opiaten begünstigen die Bildung von Verwachsungen. 5) Die schädigende Wirkung der Luft auf die normale Serosa beruht auf Tod des Endothels durch Flüssigkeitsentziehung und nicht auf chemischer Einwirkung der Luft.

Nowack (Dresden).

196. **Några analyser öfver totalkväfvets, urinämnets och ammoniakens mängd i urinen från personer med sjukliga förändringar i lefvevn**; af John Sjöqvist. (Nord. med. ark. N. F. II. 6. Nr. 36. 1892.)

In 20 Fällen von Lebererkrankungen (akute Phosphorvergiftung, Cirrhose, Hepatitis, Icterus catarrhalis, Syphilis, Krebs) fand S. als Regel eine Verminderung der Harnstoffausscheidung, Vermehrung der Ammoniakausscheidung und der übrigen stickstoffhaltigen Substanzen. Dieses Verhalten könnte der Annahme als Stütze dienen, dass die Leber das den Harnstoff bildende Organ sei, doch sprechen mehrere Fälle mit Bestimmtheit dagegen, die Leber als das einzige oder auch nur das wichtigste Organ für die Harnstoffbildung anzunehmen. Die niedrigste Zahl, die S. für den Harnstoffstickstoff gefunden hat, 55.1% des Gesammtstickstoffs, kam in einem Falle von Phosphorvergiftung mit intensiver Fettentartung der Leber vor, in einem anderen Falle von Phosphorvergiftung, gleichfalls mit starker Fettentartung der Leber, sank der Harnstoffstickstoff in den letzten Lebenstagen des Pat. nicht unter 85% des Gesammtstickstoffs und in einem Falle von Lebercirrhose, in dem sich die Leber bei der Sektion fast zu einem Bindegewebeklumpen umgewandelt zeigte, betrug der Harnstoffstickstoff 6 Wochen vor dem Tode 84%, in einem Falle von Lebersyphilis war die Harnstoffmenge eher vermehrt, als vermindert.

Von grossem Interesse für die Frage ist es, wie die Stickstoffvertheilung sich bei krankhaften Zuständen verhält, in denen die Leber wenigstens nicht direkt betroffen ist. Bei verschiedenen derartigen Analysen hat S. ebenfalls eine nicht unbedeutende Verminderung des Harnstoffs und Vermehrung des Stickstoffs gefunden. In einem Falle war Pepton vorhanden, in einem anderen (Tetanus, in dem der Ammoniakstickstoff nicht weniger als 12.7% des Gesammtstickstoffs ausmachte) wurde eine abnorme Säure, Diacetessigsäure, gefunden, mit deren Auftreten die hohe Ammoniakmenge in Zusammenhang stand.

Walter Berger (Leipzig).

197. **Sur un cas de „maladie de Hanot" ou cirrhose hypertrophique du foie avec ictère chronique**; par P. L. Kiener. (Semaine méd. XIII. 44. p. 345. 1893.)

23jähr. Mann. Kein Alkoholismus, keine Malariainfektion. Krankheitsdauer 10 Monate. Chronischer Ikterus, Schmerzen im rechten Hypochondrium, unregelmässiges Fieber, wiederholtes Nasenbluten, Hemeralopie, Ascites, Abmagerung, Verfall. *Sektion:* Leber sehr gross (2900 g), olivenfarbig, derb. Rechter Leberlappen an der Oberfläche granulirt. Auf dem Schnitt die Acini prominent, grün-braun verfärbt. Linker Leberlappen braun, homogen. Ductus choledochus frei. Ampulla Vateri durchgängig. Milz stark vergrössert (1350 g), derb. Starke Entwickelung der Malpighi'schen Körperchen. An der Porta hepatis eine Anzahl vergrösserter, hyperämischer Lymphdrüsen. Mesenterialdrüsen stark geschwollen. Nieren sehr gross, hyperämisch, gelb verfärbt. Mikroskopische Untersuchung der Leber (3 Std. post mortem der Leiche entnommen): 1) Das interstitielle Bindegewebe vermehrt, sehr blutreich, zellenreich. In ihm zahlreiche Gallenkanälchen. 2) In den kleinen Gallengängen Wucherung und Infiltration der Wand, Erweiterung durch zellenhaltige Galle (rothe und weisse Blutkörperchen, desquamirte Epithelien). 3) Proliferation der Parenchymzellen. Bildung von Gallencapillaren, welche peripherisch in neugebildete Gallenkanälchen übergehen. 4) In den Gallenwegen und Leberzellen reichliche braune, zum Theil concentrisch geschichtete Massen. Im rechten Leberlappen interstitielle Bindegewebewucherung, keine aktive Betheiligung des Parenchyms. An einzelnen Stellen Atrophie desselben. *Milz:* Lymphatische Hyperplasie.

Die Krankheit setzt sich nach K. aus einer Hepatitis parenchymatosa und einer Hepatitis interstitialis zusammen, denen eine gemeinsame Ursache, wahrscheinlich infektiöser Natur, zu Grunde liegt. So lange wir nicht im Stande sind, eine ätiologische Bezeichnung aufzustellen, schlägt K. vor, den Namen „Maladie de Hanot" beizubehalten.

Brückner (Dresden).

198. **Ueber experimentelle „Acholie" bei Thieren**; von Prof. Denys und Dr. Stubbe in Löwen. (Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. IV. 3. 1893.)

Kurze vorläufige Mittheilung über Experimente D.'s und St.'s, die eine Ausschaltung der Leber in der Weise zu erzielen suchten, dass nur die Leberzellen nekrotisirt wurden, die Verbindung der V. hepat. und V. portae aber erhalten blieb. Die Methode bestand in Einspritzung verdünnter Essigsäure in den Duct. choledochus von der Vater'schen Papille aus. Die Resultate waren: Erbrechen, unstillbarer Durst, Sopor, Gliederschwäche, Unempfindlichkeit gegen Schmerz; Abnahme der Harnstoffausscheidung; Tod im Koma. Sie sollen denen gleich sein, die durch operative Vereinigung der V. port. mit der V. cava entstehen, wenn die Thiere die Operation überstehen. Die Essigsäure ist nicht die Ursache des Symptomenbildes, sondern die Aufhebung der Leberthätigkeit.

Beneke (Braunschweig).

199. **The pathological effect of certain substances derived from the spleen in cases of scarlatina**; by T. J. Bokenham and W. Soltau-Fenwick. (Brit. med. Journ. Aug. 19. 1893. p. 405.)

B. und S.-F. stellten aus der Milz von Menschen, welche an Scharlach gestorben waren, einen Eiweisskörper dar und beobachteten seine Wirkung auf Thiere. In der Milz, welche von „toxischen Fällen" herstammte, d. h. von Kr., bei welchen der Tod innerhalb der ersten 3—4 Tage eingetreten

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

war, war die Substanz von deutlicher Wirkung auf Thiere. Es stellte sich ein kurzes (mehrstündiges) Fieber und danach Collaps ein. Die Nieren dieser Thiere zeigten Veränderungen, welche als parenchymatöse Entzündung gedeutet werden müssen. Das Gift, welches von „septischen und postscarlatinösen Fällen" stammte, d. h. von Kr., welche an Scharlachdiphtherie oder einer später hinzutretenden Krankheit gestorben waren, zeigte weniger deutliche Wirkungen. Ein alkoholischer Auszug war unwirksam. Brückner (Dresden).

200. **Etude sur la néphrite scarlatineuse en rapport avec l'étiologie de la scarlatine**; par le Prof. V. Babes. (Roumanie méd. I. 5. p. 129. 1893.)

B. ist der Ansicht, dass man nach den bis jetzt vorliegenden Untersuchungen die Möglichkeit der Entstehung des Scharlach durch eine Streptokokkeninfektion nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen berechtigt sei. B. fand in 23 Fällen Streptokokken allein 11mal, Streptokokken und Fäulnissbacillen zusammen 5mal, Fäulnissbacillen allein 2mal, Streptokokken und andere Organismen 2mal, keinerlei Mikroben 3mal. In den Fällen, in welchen sich Streptokokken fanden, waren dieselben auch in nekrotischen Herden der Mandeln nachzuweisen. Die septischen Bacillen liessen sich meist zugleich in Nieren und Lungen nachweisen. Zuweilen sah B. in den Nieren Streptokokken, in anderen Organen septische Bacillen. Waren die Nieren steril, so fanden sich gleichwohl häufig verschiedene Organismen in anderen Körpertheilen. In allen Fällen waren in den Glomerulis kleine runde oder zackige Körperchen vorhanden. Die verschiedenen Veränderungen, welche die Scharlachniere aufweist, werden an 9 Abbildungen veranschaulicht. Brückner (Dresden).

201. **Die Formen der constanten Albuminurie**; von Dr. Julius Neumann. (Ztschr. f. Heilkde. XIV. 5 u. 6. p. 485. 1893.)

Durch sorgsame Untersuchungen in der Kahler'schen Klinik in Wien suchte N. festzustellen, welchen Schwankungen die Albuminurie in einem gegebenen Falle unterworfen sei und ob man aus der Art dieser Schwankungen einen Rückschluss auf die Ursache der Albuminurie machen könne. Er fand 1) dass nur die Bestimmung des absoluten Eiweissgehaltes des Harns Aufschluss geben kann; 2) dass die Albuminurie sich in 2 Formen scheiden lässt. Bei der einen gehen die Schwankungen in der Menge des Eiweisses genau zusammen mit denen der Harnmenge, bei der anderen ist dies nicht der Fall, die Schwankungen der Albuminurie sind selbständig, von der Harnmenge ganz unabhängig. Ob diese Thatsache eine klinische Bedeutung hat, erscheint noch zweifelhaft, abgesehen von der sorgsamen Untersuchung, die ihre Feststellung erheischt, ist sie augenscheinlich nicht ganz eindeutig und zuverlässig. Vermuthlich entspricht die Form mit unselbständigen, an die Harnmenge gebundenen Schwankungen vorzugsweise den Entzündungen der Niere, die andere selbständige Form der einfachen krankhaften Durchlässigkeit der Glomerulusschlingen. Dippe.

202. **Ueber den völligen Schwund des Nierengewebes in Hydronephrosesäcken**; von Dr. Ayrer. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 45. 46. 1893.)

Ay. theilt aus der Göttinger med. Klinik einen jener seltenen Fälle mit, in denen sich auf Grund einer Verengerung und allmählichen Verschliessung des Ureters eine Hydronephrose ausbildet, bei der es nach und nach ohne Eiterung zu einem *vollkommenen* Schwund des Nierengewebes kommt und nur ein Sack mit nichtcharakteristischer Flüssigkeit entsteht. Der Kr. starb an Typhus. Als Ursache der Hydronephrose nimmt Ay. eine Klappenbildung in Folge fehlerhaften Ansatzes des Ureters an dem Nierenbecken an. Dippe.

203. **Ein Versuch über Lähmung und Dehnbarkeit der Harnblase**; von Prof. S. Exner in Wien. (Arch. f. d. ges. Physiol. LV. 5 u. 6. p. 303. 1893.)

E. hatte Fröschen das Rückenmark in verschiedener Höhe in dünnen Scheiben ausgeschnitten und die Thiere am Leben erhalten. Nach Wochen und Monaten erschienen sie stark angeschwollen. Durch Druck mit der Hand liess sich der Urin im Strahl durch die Cloake ausdrücken („ausdrückbare Blase" Wagner's). Die Ausdehnung der Blase war theilweise eine ganz ausserordentliche. Bei einem Thiere wurden 150 ccm Urin entleert. Bei einem anderen betrug der Inhalt der ausgedehnten Blase 40 ccm, das Volumen des ganzen übrigen Thieres nur 45 ccm. Die Herausschneidung des Rückenmarkes war in der Höhe des 4. bis 5. Wirbels erfolgt. Brückner (Dresden).

204. **Ueber latente Hirnherde**; von G. Schmid. (Virchow's Arch. CXXXIV. 1. p. 71. 1893.)

Schm. theilt zunächst die Krankengeschichten und Sektionsprotokolle von 39 Fällen mit, in denen sich sogen. latente Hirnherde fanden, d. h. Hirnherde, die intra vitam keine Herdsymptome gemacht hatten. Sodann giebt er eine tabellarische Zusammenstellung von 75 Fällen mit diagnosticirten Herderkrankungen im Gehirn.

Im Allgemeinen decken sich die mitgetheilten Befunde mit den bereits vielfach in der Literatur niedergelegten, vielleicht mit Ausnahme zweier Fälle (XXI und XXII), in denen die Erkrankung im Gyrus centralis post. und Lobulus paracentralis sass. Und zwar stimmt sowohl der Sitz, als auch die Art der Krankheit überein, indem es sich meist um chronische Vorgänge, alte Blut-, bez. Erweichungsherde, handelte. Als Sitz der latenten Herde kommen vor Allem das Centrum semiovale, die Rinde des Grosshirns und die Hemisphären

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

des Kleinhirns, der vordere Schenkel der Capsula interna und das Corpus striatum in Betracht.

R. Klien (München).

205. **Beitrag zur Lehre von der Porencephalie**; von Th. Schmidt. (Inaug.-Diss. Jena 1892. 43 S.)

Die *Sektion* eines $2^3/_4$ Jahre alten Kindes, das in Folge diphtherischer Allgemeininfektion starb, ergab eine ausgedehnte *Porencephalie*. Das Kind war ohne Kunsthülfe geboren, fiel aber gleich nach der Geburt dadurch auf, dass es die Glieder überhaupt nur wenig bewegte, später die linken bevorzugte; in der Klinik waren von Seiten des Nervensystems folgende Erscheinungen beobachtet worden: Mangel an geistiger Regsamkeit, Unfähigkeit zu sprechen und zu gehen, Beugecontraktur der rechten Hand, dauernd Schwäche im rechten Arm; Tricepsreflex rechts besser auszulösen, als links; Gesichtshälften nicht different, Augen frei.

Man fand eine Anzahl von porencephalischen Defekten in der *linken* Hemisphäre, durch die zerstört waren: die dritte Stirnwindung am Uebergange in die Insel, die untere Hälfte der hinteren Centralwindung, der vorderste Theil des zweiten Scheitelläppchens und Theile der übrigen Windungen desselben, das vordere Ende der ersten Schläfenwindung, Linse, Hülse, Schwanzkern und die beiden Kapseln mit Ausnahme des hintersten Theiles des sagittalen Abschnittes der inneren Kapsel, des Kapselknies und des hintersten Abschnittes des Linsenkerns, ein Theil der zweiten Occipitalwindung und Gehirnsubstanz vor der Abbiegungsstelle des Unterhorns lateralwärts vom Seitenventrikel. Die Höhlen enthielten klare Flüssigkeit, hatten keine Verbindung mit dem Ventrikel. Ausserdem bestanden die bei Porencephalie sonst gewöhnlichen Abnormitäten am Hirn. Schm. datirt die Entstehung in seinem Falle auf die Zeit der Geburt. Der Mittheilung geht, nach einem kurzen historischen Ueberblick, voraus die Anführung dreier *vor* der Zusammenstellung von Audry (1888) veröffentlichter, sowie einer Reihe seitdem publicirter Fälle von Porencephalie.

A. Hoche (Strassburg).

206. **Ueber Balkenmangel im menschlichen Gehirn**; von Dr. Heinrich Hochhaus. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 1 u. 2. p. 79. 1893.)

Bei einem 3jähr. Kinde, das durch Verbrennung zu Grunde gegangen war und vorher etwa die Symptome eines chronischen Hydrocephalus dargeboten hatte, fand man einmal allgemeine Hypertrophie des Gehirns, dann fast totalen Balkenmangel. Auffallend war dabei der ausserordentliche Windungsreichthum, auf den schon Jelgersma bei Balkenmangel als charakteristisch hingewiesen hat. Lyra, Commissura anterior und media, Nerv. Lancisi fehlten, die Ventrikelhöhlen waren sehr weit, jedoch nicht in Folge von Hydrocephalus, sondern auch hypertrophisch, nach der Theorie von Jelgersma, um für die fehlende weisse Substanz des Balkens der grauen Substanz Fläche zur Anlagerung darzubieten.

E. Hüfler (Chemnitz).

207. **Ueber Veränderungen der Nervenzellen bei experimentellen chronischen Blei-, Arsen- und Antimonvergiftungen**; von Dr. Karl Schaffer. (Ungar. Arch. f. Med. II. 1. p. 43. 1893.)

Sch. beschreibt die Veränderungen der grossen Rückenmarkszellen von Hunden und Kaninchen, wie er sie nach Vergiftung durch Blei, Arsen und Antimon nach Anwendung geeigneter Härtungs- und Färbungsmethoden (*Flemming*'sche Flüssigkeit und das Nissl'sche Tinktionsverfahren mit Magentaroth) zu sehen bekam. Unter diesen Umständen blieben die feineren Struktureigenthümlichkeiten der Nervenzellen besonders bezüglich des Verhaltens und der Vertheilung der chromatischen Substanz wohl erhalten, während sie bei der früher üblichen Härtung mit *Müller*'scher Flüssigkeit regelmässig zu Grunde gingen.

Die Veränderungen bei der chronischen Bleivergiftung begannen damit, dass die ursprünglich vollkommen homogenen Chromatinfäden in kleinste, sehr feine, stark gefärbte Körnchen zerfielen, zunächst in der unmittelbaren Umgebung des Kernes, dann nach aussen fortschreitend. Ausser diesem Zerfall kommt aber bei der Bleivergiftung eine zweite Degenerationsform vor, wobei der Zellleib sich homogen färbt, indem das Chromatin mit der achromatischen Substanz förmlich zusammengeschmolzen ist. Gleich im Anfang mit den Veränderungen der chromatischen Substanz verliert auch der Kern der Nervenzelle seine Contour und nur ein etwas hellerer granulirter Hof um das Kernkörperchen weist auf die ehemalige Kernstelle hin. Ausserdem fanden sich kleinere Apoplexien und Erweichungsherde.

Bei der Arsen- und Antimonvergiftung findet ein gröberer Zerfall der chromatischen Substanz statt durch Zerklüftung. Das Paraplasma kann sowohl vollkommen unverändert, als auch durch Verschmelzung mit dem Chromatingerüst vollkommen homogenisirt erscheinen.

Bei der Arsen- und Antimonvergiftung bleibt nach der Entartung des Zellleibes noch lange der bläschenförmige, lichte Kern mit seiner Körnchenstruktur sichtbar; erst bei ganz vorgeschrittener Degeneration des Nervenzellenleibes schrumpft auch der Kern schliesslich und degenerirt.

H. Dreser (Bonn).

III. Pharmakologie und Toxikologie.

208. **Ueber Lokalreaktion in Folge hypodermatischer Einverleibung chemischer Verbindungen**; von Dr. Ed. Spiegler. (Centr.-Bl. f. klin. Med. XIV. 36. 1893.)

Auf Veranlassung von Kaposi stellte S. Versuche an, ob nicht statt der chemisch ganz undefinirten Körper, bez. Gemenge, wie sie das Koch'sche Tuberkulin und das Klebs'sche Tuberkulocidin vorstellen, *chemisch reine*, einheitliche *Substanzen*, die in genau bekannter Dosis anwendbar wären, gefunden werden könnten, die wenigstens die Lokalreaktion auf stärker vaskularisirtes, nicht höher organisirtes, junges und hinfälliges Gewebe ausüben.

Als wirksam hat S. folgende Substanzen befunden: 1) *Thiophen* an 3 Lupuskranken und einem an Epitheliom der Oberlippe leidenden Pat. 2) *Benzol* bei 2 Lupösen. 3) *Sulphoharnstoff* an einem

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Knaben mit Lupus. 4) *Sulphoäthylharnstoff.* 5) *Aceton.* 6) *Propylamin.* 7) *Trimethylamin.* 8) *Allylamin.* 9) *Taurin.* 10) *Kadaverin* nur in mässiger Intensität.

S. hat diese Stoffe nur zur Erzeugung etwaiger Lokalreaktion eingespritzt, aber therapeutisch nicht weiter angewandt, da er der Ueberzeugung war, dass eine Heilung des Lupus auf diesem Wege eben so wenig wie durch Tuberkulin erreichbar sei, zumal nach der Injektion dieser chemisch reinen Substanzen *nur* Lokalreaktion, aber keine fieberhafte Allgemeinreaktion zu beobachten war.

Jedenfalls zeigen S.'s Versuche, dass es sich *nicht* etwa um einen *specifischen* Einfluss einzelner bestimmter Körper auf erkrankte Gewebe handelt, sondern dass offenbar eine grosse Zahl von Molekülen sehr heterogener chemischer Constitution während ihrer Cirkulation im Organismus auf die „im Jugendzustande befindlichen Gewebe" als Schädlichkeit reizend einzuwirken vermag.

H. Dreser (Bonn).

209. **Ueber die Verbreitungsart subcutan beigebrachter, mit den Gewebesäften nicht mischbarer Flüssigkeiten im thierischen Organismus**; von Emil Juckuff. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. XXXII. 1 u. 2. p. 124. 1893.)

J. fasst die Ergebnisse seiner mittels Mischungen von festem Paraffin mit Petroläther oder mit chlorophyllhaltigem Fett, ferner mit metallischem Quecksilber und einem Amalgam des Wood'schen Metalls angestellten Untersuchungen folgendermaassen zusammen:

1) Subcutan injicirtes Paraffin oder Quecksilber verbreitet sich diffus in den Spalträumen des Bindegewebes und gelangt durch diese *mit Umgehung der Lymphgefässe in die Körperhöhlen* (Bauch-, Brust-, Schädel- und Knochenhöhlen u. s. w.). Erst nach Monaten findet theilweise auch ein Uebergang in die Lymphbahnen statt. 2) Als treibende Kräfte bei dieser Verbreitung sind in wechselndem Maasse den Umständen nach betheiligt: *Wachsthumsvorgänge* im Bindegewebe (in Folge einer Art entzündlicher Reizung), *Schwere, Muskelthätigkeit* (Massage), während den Leukocyten dabei nur eine ganz untergeordnete Rolle zugesprochen werden kann. 3) Die negative Capillarität des Paraffins u. s. w. verhindert, dass es aus den dehnbaren und verschieblichen serösen Spalträumen des Bindegewebes in die strafferen, mit Wandungen versehenen Lymphstämmchen eintritt, zumal die Eintrittstellen in diese verengt und zum Theil mit Klappen versehen sind; denn 4) wahrscheinlich sind die serösen Bindegewebespalten identisch mit Teichmann's Saugader-Zellen und -Capillaren.

H. Dreser (Bonn).

210. **Ueber die Lokalisation des Quecksilbermetalls in thierischen Organismen nach verschiedenartiger Applikation von Quecksilberpräparaten**; von Ullmann. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. 2. Erg.-Heft p. 221. 1893.)

U. bediente sich zum Nachweis des Quecksilbers der Methode von E. Ludwig, welche gestattet, aus einem grossen Volumen Flüssigkeit oder einer in entsprechender Weise bereiteten Lösung eines thierischen Organs die kleinsten Spuren des Metalls quantitativ abzuscheiden. Den Versuchsthieren, zum grössten Theil Hunden, im Uebrigen Kaninchen, wurden sowohl leicht lösliche (Sublimat, Asparaginquecksilber), als auch schwer lösliche Quecksilberpräparate (graues Oel, Hydrarg. oxyd. rubr.) subcutan, zum Theil auch direkt in das Blutgefässsystem injicirt, ausserdem wurde auch innerlich Calomel gereicht; manche Präparate gelangten sowohl in toxischer, wie in medicinaler Dosis zur Anwendung. Im Ganzen wurden 14 Versuche ausgeführt und hatten folgende Ergebnisse.

Die subcutane Einverleibung des Hg brachte rasch und reichlich das Mittel in sämmtliche Organe, reichlicher, als die innerliche Darreichung oder die direkte Infusion. Am meisten Hg fand sich stets in der Nierensubstanz; es scheint daselbst sehr früh aufzutreten und auch sehr spät noch vorhanden zu sein. Als zunächst reichlich mit Hg versorgte Organe erscheinen die Leber und die Milz, kleinere, aber constante Mengen enthält der Magen, grössere wieder der Dünndarm, noch mehr der Dickdarm. In Fällen, in denen der Dünndarm ausgebreitete Epithelnekrosen und Hämorrhagien aufwies, war auch sein Hg-Gehalt im Verhältniss zum Dickdarm ein hoher. Annähernd gleiche und geringe Mengen enthielt die Herz- und Körpermuskulatur. Die Speicheldrüsen zeigten minimalen Hg-Metallgehalt; es muss demnach der bei Intoxikation so häufig auftretende starke Speichelfluss reflektorisch hervorgerufen werden. Regelmässig enthielten auch das Gehirn, die Lungen, sowie die Knochen kleinste Mengen Hg, ebenso wurde im Urin und im Blute Hg nachgewiesen.

Was das Verhalten der schwer löslichen Hg-Präparate an den einzelnen Injektionstellen anlangt, so erfolgte ihre Resorption schon binnen einigen Wochen bis auf wenige Procente.

Wermann (Dresden).

211. **Absorption cutanée**; par S. Fubini et R. Pierini. (Arch. ital. de Biol. XIX. 3. p. 357. 1893.)

Die Möglichkeit einer Resorption von der unverletzten Haut aus haben F. u. P. für mehrere im Harn chemisch leicht nachweisbare Substanzen geprüft. Nach 1stündiger Einwirkung einer Auflösung von Salicylsäure in Mandelöl auf die Haut des Vorderarms und der Hand war im Harn keine Spur Salicylsäure zu entdecken. Ebenso fiel der chemische Nachweis negativ aus, nachdem eine 3proc. Lösung von gelbem Blutlaugensalz auf die Haut gebracht worden war, desgleichen nach santonsaurem Natrium, nach 5proc. Lösungen von

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Natriumsalicylat, desgleichen von Jodkalium. Bei Thierversuchen an Meerschweinchen wurden von der Haut aus 2proc. Lösungen von Strychninnitrat offenbar so gut wie gar nicht resorbirt, da das Thier keinerlei Veränderung zeigte. Auch aus Lösungen von 2proc. Cyankalium, von Atropin wurde offenbar nichts resorbirt, da nicht die geringsten Giftwirkungen zu beobachten waren. Eben so wenig wurde durch die menschliche Haut Lithium aufgenommen und Cocain konnte durch die unverletzte Epidermis der Hand keine Abstumpfung der Schmerzempfindlichkeit bewirken.

H. Dreser (Bonn).

212. **Ueber die Resorption des Vaselins von der Haut und seine Schicksale im Organismus**; von Dr. W. v. Sobieranski. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. XXXI. 4 u. 5. p. 329. 1893.)

Möglichst reines Vaselin von Lancelat (Paris) wurde Kaninchen und Hunden auf die geschorene Bauch- oder Rückenhaut täglich 1mal ca. 20 Tage hinter einander unter Beachtung der nöthigen Vorsichtsmaassregeln eingerieben. Die Kaninchen gingen trotz gutem Appetit unter starkem Verlust an Körpergewicht zu Grunde. v. S. stellte durch geeignete quantitative chemische Bestimmung fest, dass von der gesammten zu den Einschmierungen verbrauchten Vaselinmenge nur ein relativ kleiner Antheil in den Organen des Thieres (Muskelfleisch, Leber und Nieren, Darm mit Inhalt nebst Lungen und Herz) *abgelagert* worden war. Durch v. S.'s Versuche ist nachgewiesen, dass auch im Wasser, bez. Plasma unlösliche, chemisch äusserst indifferente Stoffe wie das Vaselin von den Drüsenepithelien der Haut aufgenommen und weiter geschafft werden können. In Anbetracht der kleinen, im Thiercadaver wiedergefundenen Vaselinmengen ist es sehr wahrscheinlich, dass ein *grosser Theil des Vaselins* im Organismus zerstört wird. Bemerkenswerth ist ferner, dass auch die Einreibung reinen Olivenöls in gleicher Weise wie das Vaselin bei Kaninchen direkt schädigend einwirkt, so dass starke Abmagerung eintritt. Die mechanische Procedur des Einreibens als solche bedingte nur vorübergehende Gewichtsabnahme, die bald wieder ausgeglichen wurde.

Beim Hund wurde das Vaselin vom Darmkanal aus sehr schlecht vertragen, denn trotz reichlicher Fleischfütterung trat unter starken Durchfällen rasche Abnahme des Körpergewichts ein, offenbar weil das Vaselin in hohem Grade die Verdauung und Ausnutzung des Futters beeinträchtigte.

H. Dreser (Bonn).

213. **Ueber Chloroform, seine Wirkungen und Folgen**; von Dr. E. Luther in Magdeburg. (Klin. Zeit- u. Streitfragen VII. 8. 1893.)

In dieser zum grössten Theile auf eigenen Untersuchungen beruhenden, sehr sorgfältigen Arbeit über die physiologische und pathologische Wirkung des Chloroforms kommt L. zu folgenden Ergebnissen:

„1) Chloroform wirkt durch seine Fähigkeit, Lecithin und Cholestearin zu lösen. Hierauf beruht die physiologische sowohl wie die pathologische Wirkungsweise. Chloroform ist wegen dieses Lösungsvermögens ein Gift, wirkt aber segensreich, wie alle Gifte des Arzneischatzes, durch seine Anwendung in gewissen Grenzen und unter gewissen Voraussetzungen.

2) Während Chloroform mit den rothen Blutkörperchen nur eine lockere chemische Bindung bildet, vermag es mit den fixen Gewebezellen, vielleicht auch mit dem Blutplasma, feste Verbindungen einzugehen. Es kann daher mehr oder weniger lange im Körper zurückbleiben, je nach dem Grade der Bindung.

3) Die an verschiedenen Organen, Niere, Leber, Herz u. s. w. beobachteten Veränderungen durch Chloroform sind in das Gebiet der Coagulationsnekrose zu rechnen und chemisch als Lecithinentartung des Protoptasma zu deuten. Chloroform ist vor Allem ein Nierengift. Die Wirkung auf das Herz kommt erst in zweiter Linie in Frage und bei gesundem Herzen ist die tödtliche Wirkung auf dasselbe wohl nur als vermittelt durch die nervösen Apparate zu deuten.

4) Unter den nach Chloroform eintretenden pathologisch-anatomischen Veränderungen spielt die fettige Degeneration nur eine sekundäre Rolle, ist vielmehr als ein den pathologischen Process der Lecithinentartung ausgleichender Vorgang zu betrachten, als ein Bestreben des Organismus, die todten Massen als Fett wieder der Resorption zugänglich zu machen. Akut entsteht durch Chloroform nur die Coagulationsnekrose, nicht die Verfettung.

5) Die dem Chloroform verwandte Wirkung von Alkohol und Aether ist gleichfalls begründet durch die chemische Einwirkung auf Cholestearin und Lecithin. Ebenso wie Alkohol atheromatöse Entartung der Arterien erzeugt, vermag das auch Chloroform zu thun.

Gleich dem Chloroform äussert Chloral eine insbesondere die Nieren schädigende Wirksamkeit.

6) Die Thatsache, dass sich aus dem Lecithin das Alkaloid Cholin (Neurin) abspaltet, ist vielleicht geeignet, auf manche bisher räthselhafte Wirkung des Chloroforms Licht zu werfen, so vor Allem auf die bisweilen blitzartig tödtende Kraft desselben, für welche bisher nur die Idiosynkrasie als Erklärung zu dienen vermochte.

7) Mehr oder weniger stellt jede Narkose eine Vergiftung dar, wie die Urinuntersuchungen lehren. Die Chloroformnachwirkungen sind stets begründet durch anatomische Veränderungen (an verschiedenen Organen), für welche die Harnuntersuchungen einen Maassstab zu gewähren geeignet sind. Die abnormen Harnbestandtheile zeigen unmittelbar an, wie weit die Nieren erkrankt sind, und lassen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

mittelbar erkennen, wie stark die anderen, unserer direkten Beobachtung sich entziehenden Organe mitbetheiligt sind.

8) Die Chloroformvergiftung gewährt einen guten Einblick in eine Art der Entstehung der Harncylinder überhaupt und in die morphotische und chemische Zusammensetzung derselben. Die Cylinder (meist gekörnte) sind vorzugsweise entstanden zu denken durch Zusammensintern der entarteten abgestossenen Nierenepithelien (vor Allem der der Tubuli contorti); viele Cylinder lassen noch die Zellgrenzen und Kernreste erkennen, an manchen bleibt auch noch das Lumen sichtbar.

9) Die Art und Provenienz des Chloroforms ist gleichgültig, wenn nur das Präparat den Anforderungen der Pharmakopöe entspricht.

10) In der Chirurgie und Geburtshülfe ist die Anwendung des Chloroforms, mehr als bisher geschehen, einzuschränken: chloroformirt soll nur werden, wenn es wirklich nothwendig ist und auch nur so lange, als es nothwendig ist. Vielfach unterschätzt man noch die dem Chloroform eigenthümlichen Gefahren und das geschieht nicht blos von Seiten der Laien. Noch mehr ist die Chloroformdarreichung zu rein therapeutischen Zwecken zu begrenzen; bei Eklampsie sollte es nur dazu dienen, eine operative Entbindung zu ermöglichen, im Uebrigen aber sollten Chloral und Chloroform durch Morphium ersetzt werden."

P. Wagner (Leipzig).

214. **Ättika såsom medel mot kräkningar efter kloroformnarkos**; af Dr. R. Warholm. (Hygiea LV. 10. S. 321. 1893.)

Gegen das Erbrechen und die Uebelkeit nach der Chloroformnarkose empfiehlt W. den *Essig* als Riechmittel, wodurch in den allermeisten Fällen Ekel, Erbrechen und Kopfschmerz beseitigt werden. Unter mehr als 30 Fällen hatte der Essig nur in einem keine Wirkung, bei einem Alkoholiker nach langer Narkose, in der viel Chloroform verbraucht worden war, in einem anderen Falle war die Wirkung nicht vollständig, in allen übrigen aber deutlich, manchmal sogar absolut. Gleich nach der Operation legt W. ein mit Essig befeuchtetes Tuch vor die Nase des Pat., bis dieser aus der Narkose erwacht; der Erfolg war auch bei einem Pat. vollständig, der den Geruch des Essigs nicht vertragen konnte und das Tuch wegschob, sobald er erwachte.

Walter Berger (Leipzig).

215. **De l'anesthésie par l'éther et ses résultats dans la pratique des chirurgiens Lyonnais**; par le Dr. Vallas. (Revue de Chir. XIII. 4. p. 189. 1893.)

Unter den zahlreichen neueren Arbeiten, in denen für die Aethernarkose eine Lanze gebrochen wird, nimmt die vorliegende, aus dem Hôtel Dieu zu Lyon stammende insofern einen ganz besonderen Platz ein, als daselbst die Aetheranwendung dauernd in Gebrauch geblieben ist und nur zeitweise von ganz kurzen „Chloroformperioden" unterbrochen wurde.

Die Absicht der Arbeit ersieht man aus den beiden Schlussfolgerungen V.'s: Der Aether ist ebenso wirksam und ebenso sicher wie das Chloroform. Die Todesgefahr ist beim Aether geringer, als beim Chloroform. Unter 40000 Aethernarkosen im Hôtel Dieu ist keine tödtlich verlaufen. Auch die üblen Zufälle, die bei der Chloroformnarkose verhältnissmässig häufig auftreten, sind bei Aethernarkosen selten; treten sie dennoch ein, so sind es fast stets Athmungstörungen, die sich durch Unterbrechung der Narkose und, wenn nöthig, durch künstliche Athmung rasch beseitigen lassen. Die *cardiale* Synkope ist beim Aether ganz ausserordentlich selten, tritt nie plötzlich ein, sondern immer erst nach vorhergehenden Athmungstörungen.

Verboten ist die *Aethernarkose* bei schweren Erkrankungen der Athmungorgane, bei nervösen Leiden, bei traumatischem Shock. Bei Kindern bis zu 10 Jahren empfiehlt V., die Aethernarkose durch die Chloroformnarkose zu ersetzen, da in diesem jugendlichen Alter der Aether häufig schwerere Athmungstörungen verursacht.

P. Wagner (Leipzig).

216. **Zur Aethernarkose**; von Prof. Garrè in Tübingen. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 40. 1893.)

In der Tübinger chirurgischen Klinik wird seit 4 Jahren mit *Aether* narkotisirt. Auf Grund der in diesem Zeitraume gesammelten Erfahrungen glaubt G. mit vollstem Rechte behaupten zu dürfen, *dass wir im Aether ein ebenso leistungsfähiges, aber bedeutend ungefährlicheres Narkoticum besitzen, wie im Chloroform.*

Bezüglich des letzteren Punktes hebt auch G. die schon von Anderen angeführte Thatsache hervor, *dass die primäre Synkope des Herzens bei der Aethernarkose nicht vorkommt.*

Die Aetherisation wird in der Tübinger chirurg. Klinik mit der *Julliard*'schen Maske vorgenommen.

P. Wagner (Leipzig).

217. **Le bromure d'éthyle comme anesthésique général**; par H. Hartmann et H. Bourbon. (Revue de Chir. XIII. 9. 1893.)

H. u. B. berichten über 200 Fälle von reinen *Bromäthyl-Narkosen,* sowie über 411 Narkosen, die mit Bromäthyl begonnen und dann durch fortgesetztes tropfenweises Aufträufeln von Chloroform weitergeführt wurden. Hierbei wurden in $^1/_2$—$1^1/_2$ Minuten 4—6 g Bromäthyl verbraucht.

In ihren Schlussfolgerungen heben H. u. B. hervor, dass das Bromäthyl eines der bequemsten, am schnellsten wirkenden und am wenigsten gefährlichen Anästhetica ist. Die Kr. wachen rasch wieder auf und bekommen keine Uebelkeit. Eine reine Bromäthyl-Narkose eignet sich nur für kurzdauernde Operationen; für länger dauernde Ein-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

griffe empfiehlt sich die gemischte Bromäthyl-Chloroform-Narkose, durch welche das Excitationstadium abgekürzt wird. Das Eintreten von Synkope wird durch diese gemischte Narkose *nicht* verhütet.

Das Bromäthyl ist nicht mit dem gefährlichen Bromäthylen zu verwechseln.

P. Wagner (Leipzig).

218. **Ueber die Giftwirkungen des Pentals**; von Dr. Paul Sackur. (Virchow's Arch. CXXXIII. 1. p. 30. 1893.)

Im Anschluss an einen tödtlich verlaufenen Fall von Pentalnarkose, der nach weniger als 5 g Pental bei einem 13jähr. Mädchen während des sehr schmerzhaften Verbandwechsels sich ereignete, stellte S. einige Thierversuche an, zu dem Zweck, um über das Verhalten der Cirkulation bei schmerzhaften Reizen während der sich entwickelnden Pentalwirkung in's Klare zu kommen.

S. sah den Tod seiner Kr. durch Herzstillstand bei fast normaler Athmung eintreten und vermuthet, dass kurz vor Beginn der Narkose ein Insult gegen das vasomotorische Centrum stattgehabt haben müsse, der es besonders empfindlich machte gegen die Pentalwirkung, so dass ein tödtliches Absinken des Blutdrucks schon zu einer Zeit eintrat, wo die Respiration noch keine wesentliche Abweichung von der Norm zeigte.

An Kaninchen mit blossgelegtem N. ischiadicus, der mittels eines Induktorium heftig erregt wurde, überzeugte sich S., dass die einer Pentalinhalation kurz vorangehende Erregung heftigen Schmerzes die bekannte reflektorische Blutdrucksteigerung nicht nur verhindert, sondern die lähmende Wirkung des Pentals am vasomotorischen Centrum sehr schnell und stark, namentlich auch früher eintreten lässt als am Athemcentrum; es können also nach Erregung schmerzhafter Sensationen gefährliche Senkungen des Blutdruckes bei noch ziemlich guter Respiration eintreten. Man darf daher die Pentalnarkose *nicht* nach Beginn eines schmerzhaften Eingriffes vornehmen, sondern muss sich vor der Vornahme der Operation, auch wenn diese noch so klein ist, darüber entscheiden, ob Pental genommen werden soll oder nicht; erst nach Eintritt der Betäubung darf mit der schmerzhaften Manipulation begonnen werden.

H. Dreser (Bonn).

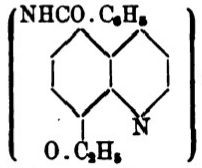
219. **Metod för applikation af cocain för åstadkommande af lokal anästesi**; af Krogius. (Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 11. S. 841. 1893.)

Nach von Kr. angestellten Versuchen wird Cocainlösung etwas oberhalb des Operationsfeldes in der Nähe der dieses innervirenden Nervenstämme subcutan injicirt, wonach in den peripherischen Ausbreitungen des Nerven vollständige Analgesie entsteht. Dieses Verhalten ist zwar schon längst bekannt und findet sich in den Handbüchern der Pharmakologie angegeben, es ist aber, soweit Kr. bekannt ist, noch nicht zu chirurgischen Zwecken in Anwendung gekommen. Wenn z. B. die Einspritzungen in der Nähe des N. ulnaris und radialis an der Dorsalseite des Vorderarms, dicht oberhalb des Handgelenks, gemacht werden, tritt Analgesie im grössten Theile des Handrückens auf. Wo die Innervationsverhältnisse complicirter sind, ist es vortheilhaft, die Einspritzung nicht an einem einzigen Punkte zu machen, sondern die Nadel im rechten Winkel zur Längsrichtung des Gliedes in ihrer ganzen Länge in das subcutane Zellgewebe einzustechen und unter allmählicher Zurückziehung derselben die Lösung in dem ganzen Stichkanal zu deponiren; unterhalb des Stichkanals entsteht ein analgetisches Gebiet von oft bedeutender Ausdehnung. Wenn 2 oder 3 Einspritzungen in einer Linie nach einander gemacht werden, nimmt die Ausdehnung des analgetischen Gebietes nicht nur der Breite, sondern auch der Länge nach zu. Bei Operationen am Rumpf hat sich diese Methode als nicht besonders verwendbar erwiesen, dagegen hat sie Kr. mit Vortheil angewendet bei kleineren Operationen an Fingern und Zehen, Hand und Fuss, wie auch höher oben an den Extremitäten, auch am Halse und im Gesicht. Die Wirkung ist kräftiger und anhaltender, wenn v. Esmarch's elastische Schläuche dabei angelegt werden. Ihre grösste Ausdehnung gewinnt die Analgesie in 7 bis 10 Minuten, sie dauert ungefähr $^1/_2$ Stunde. Pat. muss während und nach der Operation eine horizontale Lage einnehmen. Wo sich eine Allgemeinwirkung des Cocains einstellte, war sie auf eine gewisse Erregung oder das Gefühl von Herzklopfen oder Blutwallung beschränkt, beunruhigende Erscheinungen hat Kr. nicht beobachtet.

Walter Berger (Leipzig).

220. **Osservazioni sull'azione terapeutica dell'analgene**; per Guglielmo Bracco. (Rif. med. IX. 191. 1893.)

Das „Analgen" ist seiner chemischen Constitution nach ein Chinolin, welches in Ana-Stellung eine Amidogruppe enthält, deren eines H-Atom durch die Benzoylgruppe substituirt ist, und ausserdem statt H an dem Ortho-C-Atom des Chinolinrings die Gruppe Aethoxy-



zeigt.

Aus den Thierversuchen ergiebt sich, dass das Analgen, wie das Chinolin auf die rothen Blutkörperchen einen sehr nachtheiligen Einfluss ausübt, indem es sie massenhaft auflöst. Nach 2- bis 3tägiger Verabreichung von je 1 g Analgen pro Kilo Körpergewicht hatte bei 1 Kaninchen die Blutkörperchenzahl von 5 Millionen bis auf 1 Million

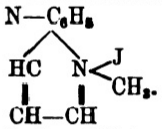
Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

abgenommen; entsprechend war auch nach Bestimmungen mit *Fleischl's* Hämometer der Hämoglobingehalt des Blutes herabgegangen. Dieses im Thierexperiment nach grossen Dosen gefundene Ergebniss liess sich aber auch nach medicinalen Dosen an den Pat. sehr deutlich nachweisen; das aufgelöste Hämoglobin erscheint zwar nicht als solches im Harn, sondern es giebt zu massenhafter Urobilinausscheidung Anlass.

Trotz der günstigen Einwirkung, welche das Analgen auf die Schmerzen bei den verschiedenen Formen des Rheumatismus, wie gegen Neuralgien besitzt, räth B. mit Recht, das Analgen, wenn es zur Abwechselung mit anderen Analgeticis, nachdem Gewöhnung an letztere eingetreten ist, verwandt werden soll, doch nur kurze Zeit brauchen zu lassen. H. Dreser (Bonn).

221. **Recherches pharmacologiques sur l'iodométhylate de phénylpyrazol**; par le Dr. Luigi Sabbatani. (Arch. ital. de Biol. XIX. 3. p. 321. 1893.)

Dem Jodmethyladditionsprodukt des Phenylpyrazols kommt die Constitution zu:



Seine pharmakologischen Wirkungen bestehen in curareartiger Lähmung der Nervenenden, jedoch bleiben auch die Muskeln selbst nicht ganz verschont. Am Froschherz lähmt es die intrakardialen Hemmungsapparate und bringt den Herzmuskel selbst zum Stillstand in der Systole. Bei Warmblütern beobachtet man ausser etwas Pulsverlangsamung, die sich auch am atropinisirten Thier zeigt, eine oft recht beträchtliche Steigerung des Blutdrucks. Da diese auch nach Durchtrennung des verlängerten Markes noch zu Stande kommt, da ferner die Gefässe ausgeschnittener Organe auf die Durchleitung des Jodmethylphenylpyrazol enthaltenden Blutes auch noch nach mehreren Stunden sich verengern, so ist es sehr wahrscheinlich, dass die glatten Muskeln der Gefässwände gereizt werden. Die Körpertemperatur wird nicht herabgesetzt.

Am Auge bewirkt die 5proc. Lösung des Jodmethylphenylpyrazols Mydriasis und eine geringe Verengerung der Gefässe der Conjunctiva. Diuretische Wirkungen liessen sich nicht nachweisen. In den Harn scheint die Substanz, nach einigen einfachen qualitativen Reaktionen zu schliessen, ohne Veränderung überzugehen.

H. Dreser (Bonn).

222. **Ueber den Einfluss des Amylenhydrats und des Chloralhydrats auf die Stickstoffausscheidung beim Menschen**; von Dr. Jul. Peiser in Halle. (Fortschr. d. Med. XI. 1. 1893.)

Nach den Untersuchungen P.'s erhöht das Chloralhydrat den Eiweisszerfall beträchtlich, während das Amylenhydrat eine in hohem Grade eiweissersparende Wirkung ausübt. Letzterem ist daher als Schlafmittel in allen denjenigen Fällen der Vorzug einzuräumen, in welchen während längerer Zeit die Darreichung eines Hypnoticum nothwendig ist, sowie bei allen Erkrankungen, bei welchen erfahrungsgemäss eine Steigerung des Eiweisszerfalles stattfindet, vor Allem also bei mit Fieber verlaufenden Zuständen, bei mit hoher Athemnoth verbundenen Erkrankungen, bei Anämie und zehrenden Krankheiten, besonders Lungentuberkulose und Diabetes mellitus, sowie bei Störungen der Verdauung, bei denen die Nahrungsaufnahme verringert ist. Hauser (Erlangen).

223. **Ueber die Beeinflussung der Schwefel- und Stickstoffausscheidung im Hundeharn durch das Chloralhydrat und Amylenhydrat**; von Er. Harnack u. Joh. Remertz. (Fortschr. d. Med. XI. 7. 1893.)

H. u. R. kommen auf Grund ihrer Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

„1) Was bisher von den Jod-Verbindungen bekannt war, nämlich die Eigenschaft, innerhalb des Organismus eine theilweise Zersetzung unter Abspaltung von Jod zu erleiden, das trifft auch für verschiedene Chlorverbindungen zu, und das frei gewordene Chlor veranlasste eine Mehrzersetzung von N- und S-haltigem Material des Körpers, wodurch jedoch der Harnstoffgehalt des Harnes nicht erhöht wird.

2) Diese Wirkung des Halogens hat mit der hypnotischen Wirkung des Alkylderivates gar nichts zu thun, sie tritt erst ein, wenn diese abgelaufen, sie ist unnütz und unter Umständen schädlich. Die lähmende Wirkung jener Stoffe auf das Gehirn hat vielmehr stets eine gewisse Abschwächung der Oxydationsprocesse im Körper zur Folge.

3) Chloralhydrat und Chloroform verhalten sich nach allen diesen Richtungen hin in völlig gleicher Weise, woraus indessen nicht etwa gefolgert werden darf, dass letzteres aus ersterem im Körper sich bilde.

4) Der Ersatz jener Mittel durch chlorfreie Alkylderivate muss im Interesse der praktischen Heilkunde als wünschenswerth bezeichnet werden."

Hauser (Erlangen).

224. **Etude physiologique de quelques modifications fonctionelles produites par l'apocodeine**; par L. Guinard. (Lyon méd. XXV. 29—33. 1893.)

Nachdem G. bereits früher einige Untersuchungen über das Apocodein mitgetheilt und dabei hervorgehoben hatte, dass man diesem Mittel, welches beim Hund eine beruhigende, doch auch convulsive Wirkung zeigt, mit Unrecht auch eine erbrechenerregende zugeschrieben habe, folgen jetzt zahlreiche weitere an Hunden, Fröschen, Kaninchen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

und Katzen angestellte Versuche hinsichtlich der Wirkung des Apocodein auf Herz und Gefässe (bei welchen sich G. des *Laulanie*'schen Kardiographen und des Manometrographen *Chauveau's* bediente), auf Athmung, Temperatur, Gaswechsel, Drüsen u. s. w. und besonders auch hinsichtlich des Einflusses, welchen das Mittel als Adjuvans zu Anästheticis ausübt. Aus diesen eingehend beschriebenen Versuchen ergab sich Folgendes:

1) Das Apocodein ist, wie bereits Fröhner in Berlin gefunden, kein Brechmittel; wo es Uebelkeit verursacht hat, ist dies wahrscheinlich durch Verunreinigung mit Apomorphin geschehen. 2) Spritzt man einem Hund Gaben von 0.002, 0.010 oder 0.048 salzsauren Apocodeins pro Kilogramm in die Vene, so beobachtet man sofort die Erscheinungen heftigster nervöser Aufregung mit starken Convulsionen, während welcher man kaum etwas von cerebraler Depression wahrnimmt. Innerhalb dieser Zeit sind Beschleunigung des Herzschlags, des Athmens und Erhöhung der Temperatur zu bemerken. Die convulsive Wirkung kann auch eintreten, wenn man 0.05—0.06 cg pro Kilogramm unter die Haut spritzt. 3) Bei hypodermatischer Anwendung von 0.025—0.035 mg pro Kilogramm wirkt das Apocodein beim Hund einfach beruhigend; es bewirkt ruhigen, leichten Schlaf, ohne dass vorher eine zu grosse Aufregung oder Erbrechen erfolgt wäre. Der Schlaf erscheint als ein physiologischer; das Thier schläft unter Einnahme einer normalen Lage und erwacht ohne bei der Annäherung zu erschrecken; nie zeigt es die den morphinisirten Thieren eigene Agitation oder Ueberreizung. Eine solche beruhigende Wirkung lässt sich auch bei Anwendung des Apocodeins durch die Vene erzielen, wofern man sich verdünnter Lösungen bedient und ganz langsam einspritzt. 4) Das Verschwinden der schlafmachenden Wirkung ist sehr einfach; das Thier ist schnell wieder bei Wege und zeigt nie jenes Benommensein, welches dem Morphiumschlaf gewöhnlich folgt. 4 oder 5 Std. nachher nimmt man keine Spur der Arzneiwirkung mehr wahr. 5) Mag es sich um beruhigende oder krampferregende, aber nicht tödtliche Wirkungen handeln, so sind sie gewöhnlich flüchtig und von kurzer Dauer; das Apocodein scheint nur oberflächlich in die Elemente, auf welche es wirkt, einzudringen und rasch ausgeschieden zu werden, anscheinend hauptsächlich durch die Nieren. Als erste Folge nach einer beruhigenden Gabe von Apocodein erscheint stets eine kurzdauernde Beschleunigung der Herzthätigkeit und des Athmens mit leichter Verstärkung der arteriellen Spannung, wogegen während des Schlafes Herzthätigkeit und Athmung etwas verlangsamt und die Gefässspannung etwas unternormal ist. Die Verlangsamung des Herzens ist nicht begleitet von einer Veränderung des Rhythmus, nicht von Intermittenz. Diese Wirkung auf das Herz ist centralen Ursprungs; denn, wurden die Vagi (was während des Apocodein-Schlafes geschah) durchschnitten, so trat eine Beschleunigung der Herzschläge ein. Die Verminderung des vasculären Druckes scheint weit mehr von der beträchtlichen Verzögerung der Herzthätigkeit, als von einer aktiven Gefässerweiterung herzurühren. 6) Während der Schlafwirkung zeigt sich eine Herabsetzung der Temperatur, welche zwischen 1.8—2° schwankt. Diese Abkühlung hat wahrscheinlich ihren Grund in dem Ruhen der Muskelthätigkeit, sowie in der Herabsetzung der Herzthätigkeit, des Athmens und des Gasaustausches. 7) Unter dem Einfluss des Apocodein beobachtet man eine Verminderung des intrapulmonären und intraorganischen Gaswechsels, die sich kund giebt a) durch die Verminderung der Kohlensäure und die Vermehrung des Sauerstoffes in der ausgeathmeten Luft, b) dadurch, dass in den Gasen des Blutes der Sauerstoff und die Kohlensäure beide vermehrt sind, aber die Kohlensäure in einem höheren Grad als der Sauerstoff. 8) Das Apocodein bewirkt stets eine Ueberabsonderung von Speichel, Galle, pankreatischem Saft, Darmsaft und den Säften der meisten Schleimdrüsen. Diese Wirkungen sind centralen Ursprungs und entstehen nicht durch einen eigenthümlichen Einfluss der Arznei auf die peripherischen Elemente, insbesondere nicht auf die Drüsenelemente. Die hierüber angestellten Versuche sind sicher entscheidend. 9) Die Darmperistaltik wird durch das Apocodein sehr bethätigt, und diese funktionelle Veränderung scheint hervorgerufen zu werden durch einen auf die sympathischen Ganglien-centren ausgeübten Reiz. 10) Die durch das Apocodein herbeigeführten Veränderungen geschehen durch primäre Beeinflussung des Nervensystems; zunächst wird das Gehirn ergriffen, dann kommen gleichmässig die anderen Centraltheile heran. Diese Wirkungen sind deprimirend, wenn die Gabe mässig ist; deprimirend, dann convulsiv, wenn die Gabe stark ist, aber langsam eingeführt wird, endlich gleich zu Anfang convulsiv, wenn sie schnell in den Organismus gelangt. 11) Die deprimirende Wirkung auf das Mark, wie sie sich durch die eigenthümliche Haltung der der Apocodeinwirkung unterworfenen Hunde kund giebt, ist nur sekundär; sie entwickelt sich viel langsamer und ist viel gemässigter bei den des Gehirns beraubten Thieren oder bei denen, welchen man vorher das Halsmark durchschnitten hatte. Diese Thatsache beweist den beherrschenden Einfluss der Gehirncentren auf die unteren Centren und deren Empfänglichkeit für eine arzeneiliche Wirkung. Die deprimirende Wirkung auf das Gehirn pflanzt sich fort auf die Medulla oblongata und das Mark und erzeugt eine funktionelle Trägheit dieser Centren, welche, ausserhalb des Einflusses des Gehirns sich befindend, weit mehr der direkten Einwirkung der Arzenei widerstehen. Wie die deprimirende Wirkung des Apocodein auf das Mark sich unabhängig vom Gehirn vollziehen hann, so können auch die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

convulsive und die sie begleitenden Störungen die Folge unmittelbarer Einwirkungen auf das Mark sein. 13) Die convulsive Wirkung des Apocodein ist begleitet von einer Empfindungs- und Bewegungsparalyse, welche sich auf alle Theile des Nervensystems erstreckt. 14) Die vorherige Anwendung des Apocodein begünstigt gleich derjenigen des Morphium die nachfolgende Wirkung eines Anästheticum. Es genügt zu solchem Zweck bei dem Hund die hypodermatische Einspritzung von 0.30 cg pro Kilogramm; wenn man dann wartet, bis sich die ersten Schlafwirkungen einstellen und jetzt Chloroform oder Aether anwendet, so sieht man die Thiere weit schneller und viel tiefer schlafen, als nach Anwendung des Anästheticum allein. Es ist jedoch dieser Apocodein-Chloroformschlaf weniger tief und dauert weniger lange, als der Morphin-Chloroformschlaf. 15) Beim Schlaf durch Apocodein ist die Pupille nur wenig verändert; man beobachtet kaum eine leichte Verengerung. Im convulsiven Stadium erweitert sie sich, besonders wenn die Gabe giftig war; die Erweiterung geht dann bis auf's Maximum, wie G. am Hund, besonders aber an der Katze wahrnahm. 16) Die Katzen zeigen gegen die deprimirende Wirkung des Apocodeins auf das Gehirn denselben Widerstand wie gegen die schlafmachende des Morphium; bei ihnen wirkt das Mittel stets aufregend, befördert stark die Sekretionen, bis der Tod im tetanischen Zustand erfolgt. 17) Vergleicht man die Hauptwirkungen, welche G. dem Apocodein zuspricht mit denen, welche vom Codein schon bekannt sind, so begegnet man ganz auffälligen Aehnlichkeiten hinsichtlich der Art, wie beide Mittel Schlaf bewirken, und hinsichtlich der convulsiven Wirkung, die sie besitzen. Bei näherer Betrachtung jedoch findet man zwischen Codein und Apocodein scharf begrenzte Unterschiede, so dass man sagen muss: das Codein wirkt weniger hypersekretorisch, weniger beruhigend, viel convulsiver und viel gefährlicher als das Apocodein. Das letztere, weniger stark als das Codein, hat andererseits viel constantere Wirkung.

Nach den besonders am Hund gemachten Erfahrungen räth G., das Apocodein an Stelle des Codein zu setzen und auch am Menschen in allen denjenigen Fällen zu versuchen, in welchen das Codein angezeigt erscheint und angewendet wird, besonders in der Kinderpraxis. Der augenblicklich noch hohe Preis der Reindarstellung dieses Mittels wird freilich einer allgemeineren Anwendung noch hinderlich sein.

Uebrigens hatte bereits Fröhner auch auf die narkotische Wirkung, welche das Apocodein (zu 0.02 cg subcutan eingespritzt) auf den Hund ausübt, aufmerksam gemacht. O. Naumann (Leipzig).

225. **Ein Fall von Kohlenoxydvergiftung**; von Dr. A. Posselt. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 21. 22. 1893.)

Der Fall P.'s giebt einen Beleg für den innigen Zusammenhang zwischen der Kohlenoxyd-Vergiftung und Störungen des Centralnervensystems.

Aus der Krankengeschichte der 34jähr. Frau, welche die bekannten Erscheinungen der Kohlenoxydvergiftung darbot, heben wir besonders hervor die starke Pupillenverengerung, eine langdauernde Rigidität der Muskeln, das völlige Fehlen der Sehnen-, Periost- und Hautreflexe, ferner eine enorme, während des kurzen Verlaufs von 7 Tagen eingetretene Abmagerung und einen tiefgreifenden Decubitus, auch an Stellen, die keinem Druck ausgesetzt waren, z. B. hinter dem Ohr, und eine pseudoödematöse Schwellung des linken Beines, welche letztere Erscheinungen nach P. als trophische, bei dergleichen Vergiftungen wiederholt nachgewiesene Störungen aufzufassen sind (vgl. Rokitansky, Poliomyelitis nach Vergiftung mit Kohlendunst. Wien. med. Presse Nr. 52. 1889; Pierre Boulloche, Arch. de Neurol. XX. 59. 1890; Duponchel, Gaz. hebd. Nr. 8. 1891). Der Tod erfolgte unter zunehmender Schwäche des Herzschlags und der Athmung und mässigen Krämpfen. Im Harn beträchtliche Mengen von Eiweiss; die Zuckerproben nach Fällung des Eiweisses negativ, Rosenbach'sche Probe (Auftreten einer burgunderrothen Färbung beim Erhitzen mit tropfenweise zugesetzter Salpetersäure) positiv. *Milchsäure*, welche Hoppe-Seyler in jedem tödtlichen Fall experimenteller CO-Vergiftung fand, konnte P., welcher sich behufs ihres Nachweises einer neuen Methode Malfatti's (mittels dieser Methode konnte die Milchsäure noch aus einer Lösung von 10 mg auf 1 Liter Harn nachgewiesen werden) bediente, nicht nachweisen, wohl aber fand er ziemliche Mengen von Hippursäure und warnt davor, die bei dergleichen Untersuchungen etwa ausfallenden Krystalle, welche sich hier als hippursaures Zink erwiesen, mit den sehr ähnlichen Krystallen von milchsaurem Zink zu verwechseln. Das Fehlen der Milchsäure im vorliegenden Falle ist nach P. daraus zu erklären, dass die O-Verarmung (in Folge deren nach Hoppe-Seyler die Bildung dieser Säure erfolgt) nicht gross genug gewesen ist. Der Tod ist hier weniger auf durch CO-Vergiftung bedingten O-Mangel, als auf die durch eine specifische Einwirkung des CO hervorgerufene Schädigung des Centralnervensystems zurückzuführen. Das Blut war kirschroth und es konnten daran das Kohlenoxydspektrum und die differentialdiagnostischen Proben von Hoppe-Seyler und Kuniyosi Katayama gezeigt werden.

Die rothen Blutkörperchen waren der Zahl nach etwas vermindert und zeigten einen auffälligen Grössenunterschied bei geringer Poikilocytose; die Zahl der Blutplättchen war gering, die Leukocyten waren in ihren feingekörnten Formen entschieden vermehrt. Hb mit *Flaischl's* Hämatometer zwischen 80 und 85.

Die Behandlung der in vollkommen bewusstlosem Zustand zur Beobachtung gekommenen Kranken hatte in kalten Uebergiessungen, Aethereinspritzungen, Cognac, Kaffee und anderen Reizmitteln und Extr. Quebracho bestanden. Die *Diagnose nach dem Sektionsbefund* ergab: Encephalo- et myelomalacia, Pneumon. lobularis bilat. praecip. dextr. c. pleuritide, suppuratione et necrosi pleurae circumscripta. Oedema myocardii et pulmonum. Decubitus acutus.

Weitere Belege für den innigen Zusammenhang zwischen CO-Vergiftung und Störungen der Funktion des Centralnervensystems liefern die Angaben über nervöse Nachkrankheiten nach Kohlenoxydvergiftung, die entweder thatsächlich in anatomischen Läsionen ihren Grund haben (vgl. Pierre Boulloche, Arch. de Neurol. XX. 59. 1890) und unter einem typischen Krankheitsbild verlaufen (E. Becker, Deutsche med. Wchnschr.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

XV. 26. 28. 1889; P. Schwerin, Berl. klin. Wochenschr. XXVIII. 1891) oder sich als psychische Störungen oder funktionelle Neurosen bemerkbar machen (Boulloche, l. c.; Duponchel, l. c.). P. weist bei dieser Gelegenheit darauf hin, dass ein Theil der zu beobachtenden Erscheinungen, wie schon wiederholt betont worden ist, sicher auf hysterischer Grundlage beruht, indem die CO-Vergiftung analog dem Alkohol, Blei, Schwefelkohlenstoff die Rolle des „Agent provocateur" für die Hysterie spielt (vgl. Boulloche, l. c.).

Als Beispiel hierzu theilt er noch folgenden selbsterlebten Fall mit: Ein 16jähr. Mädchen war in fast bewusstlosem Zustande mit absoluter Anästhesie bei geringer Druckempfindlichkeit in der Ovarialgegend in die Klinik gebracht worden; sie hatte angeblich seit etwa 8 Tagen Appetitlosigkeit, starke Kopfschmerzen und Schwindel gehabt, war dann in einen merkwürdigen komatösen Zustand verfallen und hatte krampfartige Anfälle bekommen. Eine Diagnose liess sich nicht stellen; nach einigen Tagen aber war die Kranke nach nur leichtem Fieber wieder ganz wohl. Nachträglich stellte sich heraus, dass die Kranke höchst wahrscheinlich eine CO-Vergiftung durchgemacht hatte. Nicht selten sieht man erst Monate nach einer CO-Vergiftung dergleichen Psychosen und Neurosen hervortreten, und es kann daher, was für gerichtliche Fälle und für Unfallversicherungen von Wichtigkeit ist, die Ursache solcher Erkrankungen leicht übersehen werden.

O. Naumann (Leipzig).

226. **Zur Kenntniss der Pilzvergiftung**; von Dr. Y. Inoko. (Fortschr. d. Med. XI. 11. 1893.)

I. berichtet über Fälle von Vergiftung durch einen in Japan vorkommenden, unserem Fliegenschwamm ähnlichen Pilz, den Pantherschwamm, Amanita pantherina.

Die durch Genuss dieses Schwammes hervorgerufenen Erkrankungen zerfallen in 2 Gruppen: 1) in solche mit vorherrschend psychischen Störungen und 2) in solche mit hauptsächlich vasomotorischen Störungen in den Extremitäten. In den ersteren Fällen sind es besonders Gesichts-Hallucinationen, welche das Krankheitsbild beherrschen, bei der 2. Gruppe Hyperämie der Hände und Füsse, verbunden mit ununterbrochenen stechenden und brennenden Schmerzen, welche erst 4—15 Tage nach dem Pilzgenusse auftreten. Dabei fehlen die gewöhnlichen Symptome der Pilzvergiftung, namentlich von Seiten der Verdauungsorgane, vollständig. Hauser (Erlangen).

227. **Ueber die Santonin-Krämpfe beim Kaninchen**; von Dr. Leop. Kramer. (Ztschr. f. Heilkde. XIV. 4. p. 303. 1893.)

Kr. injicirte den Kaninchen eine auf Körpertemperatur erwärmte Lösung von Natr. santon. in die rechte V. jugularis externa in einer zwischen 1.5 und 2 ccm schwankenden Dosis. Schon einige Minuten nach der Injektion traten die Krämpfe ein, die immer an der Schnauze begannen, dann sich auf die Augenlider, die Ohren, die Vorderbeine fortsetzten und im Schwanze und in den Hinterbeinen endigten. Die Krämpfe waren immer rein klonisch. Injektion von 1 ccm einer Chloralhydratlösung von 1:10 bewirkte Aufhören der Krämpfe für 12—15 Minuten, dann kehrten diese in der alten Stärke wieder. Bei 4 Versuchen wurden Puls und Blutdruck in der linken Carotis mit einem *Hering*'schen Kymographion, sowie die Athmung von einer mit der *Marey*'schen Schreibtrommel in Verbindung stehenden Trachealfistel des Versuchsthieres aus aufgezeichnet. Während sich mit Eintritt der ersten Zuckungen noch keine Veränderung an Athmung und Kreislauf zeigte, trat mit der Zunahme der Krämpfe eine, während des ganzen Anfalls anhaltende, sehr unregelmässige Athmung mit Pulsverlangsamung und Blutdrucksteigerung ein. Diese Störungen sind auf die Betheiligung der Athemmuskeln an den Krämpfen zu beziehen und fehlten auch, wenn der Anfall mild war. Daraus, dass durch Chloral, das in erster Linie auf das Grosshirn wirkt, die Krämpfe unterbrochen werden konnten, schliesst Kr., dass zur Entstehung der Santoninkrämpfe das Grosshirn unversehrt sein müsse. Er suchte dies dadurch zu beweisen, dass er theils die ganzen Grosshirnhemisphären, theils einzelne Stücke davon entfernte und dann erst durch Santonininjektion die Krämpfe hervorrief. Bei totaler Abtragung der beiden Hemisphären mit Erhaltung der Sehhügel war eine bedeutend stärkere Dosis von Santonin zur Erzeugung der Krämpfe nöthig, als beim unversehrten Thiere, die Krämpfe traten erst viel später nach der Injektion auf und hatten nicht mehr den oben beschriebenen typischen Ablauf, sondern waren unregelmässig, stellenweise tonisch. Bei Abtragung nur einer Hemisphäre traten auf der entgegengesetzten Körperhälfte die typischen Krämpfe auf, mitunter erschienen auch in der von der entfernten Grosshirnhälfte innervirten Körperhälfte vereinzelte klonische Zuckungen. Nach Abtragung beider Hemisphären und der Sehhügel befielen die Krämpfe mit einem Male den ganzen Körper, waren aber auch klonisch. Wenn also auch zum Zustandekommen der typischen Santoninkrämpfe die Unversehrtheit des Grosshirns Bedingung ist, so sind doch die klonischen Krämpfe im Allgemeinen nicht an das Grosshirn gebunden, da auch nach Entfernung der ganzen Grosshirnmasse die Krämpfe noch vorwiegend klonischen Charakter zeigen.

Schliesslich fand Kr. noch, dass nach Abtragung des Grosshirns mit den Sehhügeln und des Mittelhirns erst nach grossen Dosen unregelmässige klonische Krämpfe vorwiegend an den Hinterbeinen auftraten.

Windscheid (Leipzig).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

IV. Neuropathologie und Psychiatrie.

228. **Ueber Morbus Basedowii.** (Vgl. Jahrbb. CCXL. p. 146.)

Eine sehr ausführliche und fleissige Arbeit hat P. Mannheim geliefert (Der Morbus Gravesii [sogen. Morbus Basedowii]. Berlin 1894. A. Hirschwald. Gr. 8. VII u. 156 S., 2 Taf. 4 Mk.) und seinem Lehrer Mendel gewidmet. „Die vorliegende Arbeit behandelt ein von der Hufeland'schen Gesellschaft als Alvarenga-Preisaufgabe gestelltes Thema, für dessen Bearbeitung der Vf. mit dem 1. Preise gekrönt wurde. Gefordert war zunächst eine Darstellung der Geschichte des Morbus Basedowii; hieran anknüpfend ein Bericht über die neueren Erfahrungen. Schliesslich sollten die Theorien der Erkrankung kritisch beleuchtet und die Therapie erörtert werden." Diesem Plane entsprechend bildet den 1. Theil der Arbeit eine 20 Seiten lange Besprechung der ersten Arbeiten über den Morbus Basedowii (bis 1860). Ihr Hauptergebniss ist, dass die erste gute Beschreibung der Krankheit von Graves herrühre und dass es sich daher gezieme, nicht von Morbus Basedowii, sondern von Morbus Gravesii zu reden. Dieser Erkenntniss gemäss braucht daher der Vf. im Folgenden letzteren Namen. [*Ref.* glaubt nicht, dass diese Neuerung erfolgreich sein werde. Man kannte doch Graves' Priorität bisher schon, aber es hat der Name Basedow's sich so fest mit dem Begriffe der Krankheit associirt und gerade im letzten Jahrzehnt ist durch Charcot's Autorität diese Verknüpfung auch ausserhalb Deutschlands so sehr üblich geworden, dass es kaum zweckmässig sein dürfte, sie zu bekämpfen. Käme es nur auf die Gerechtigkeit an, so würde sich nach des *Ref.* Ueberzeugung vor Allem der Name „Parry's Krankheit" empfehlen, denn Parry, nicht Graves, ist der eigentliche Entdecker. Thatsächlich herrscht ja Vielnamigkeit und wenn Niemand den Engländern ihr Graves' disease verübeln darf, so wird es auch uns erlaubt sein, von Basedow's Krankheit weiter zu reden. In Zukunft kann man vielleicht einen sachlichen Namen wählen; würde man das Myxödem Athyreoideismus nennen, so wäre Morbus Basedowii Dysthyreoideismus [1]).

Im 2. Theile schliesst sich Vf. an die Darstellung des *Ref.* an und ergänzt diese durch weitere Mittheilungen aus der Literatur und durch die eigenen Erfahrungen. Wir müssen uns hier auf die letzteren beschränken. Es ist auch dabei nicht möglich, auf Alles einzugehen, nur Einzelnes sei hervorgehoben.

Von 41 Kr. waren 6 ohne deutliche Struma; bei 5 fand man Herzgeräusche; Graefe's Zeichen und das Stellwag's waren beide 10mal vorhanden, nur das Stellwag's 4mal, nur das Graefe's 6mal; Insufficienz der Convergenz ist 24mal erwähnt; Exophthalmus war bei 85.3% vorhanden; 6mal waren Gesicht und Hände gleichmässig gebräunt, wie durch Sonnenbrand; 1mal bestand Anidrosis, 15mal Haarausfall; der Unterschied des Brustumfanges bei der Ein- und bei der Ausathmung betrug bei 21 Kr. durchschnittlich 4.2 cm, in min. 2, in max. 7 cm; die charakteristischen Durchfälle waren 7mal vorhanden; 2mal wird rasch eintretende Atrophie der Mammae angegeben; 9mal war starke Anämie vorhanden; 34 Kr. zitterten, 10 am ganzen Körper, 8 nur mit den Händen, 3 mit Händen und Füssen, 9 mit den Gliedern und der Zunge; Muskelschwund wurde nicht angetroffen; das seelische Verhalten war immer abnorm, theils bestanden Erregungzustände mit Streitsucht, theils Depression (4mal), Gedächtnissschwäche (16mal), 2mal Sinnestäuschungen; 1mal war Epilepsie vorhanden, 14mal Hysterie, 1mal Diabetes, 11mal Polyurie (Vf. schreibt beharrlich Poliurie), 2mal Albuminurie; bei 3, bez. 5 Kr. bestand deutliche oder wahrscheinliche Tabes; unter 47 Kr. waren nur 3 Männer (Vf. findet bei Zusammenstellung verschiedener Zahlen 22 Männer unter 219 Kr.); nur 3 Kr. waren unter 20, nur 3 über 50 Jahre; gleichartige Vererbung wurde nicht beobachtet, neuropathische Belastung bestand 16mal; als Ursache wurden beschuldigt 19mal Gemüthsbewegungen, 5mal Schwangerschaft, Stillen, 2mal Influenza, 1mal geschlechtliche Ausschweifungen (bei 1 Tabeskranken!).

Ueber die pathologische Anatomie handelt Vf. nur kurz, er betont natürlich den Befund seines Lehrers Mendel. Auf diesen beziehen sich auch die 2 Tafeln, auf denen die Verschmächtigung des rechten solitären Bündels zu sehen ist.

Dagegen ist die theoretische Erörterung sehr ausführlich. Wir müssen ihretwegen auf das Buch selbst verweisen. Vf. kommt zu der Ansicht, dass nur eine organische Läsion des centralen Nervensystems alle Symptome des Morbus Basedowii erklären könne, dass man feinere Veränderungen der Oblongata als Grundlage der Symptome ansehen müsse. Gegen die Schilddrüsentheorie wendet Vf. ein, man wisse doch über die Natur des Giftes nichts, bei den meisten Kröpfen seien keine Zeichen des Morbus Basedowii vorhanden, diese könnten auch nach Exstirpation der Struma vorhanden sein.

Im letzten Abschnitte wird die Behandlung besprochen. Am bemerkenswerthesten ist die Betrachtung der chirurgischen Therapie. Vf. vertritt die Ansicht, dass die durch Operation geheilten Kr. nicht an wirklichem Morbus Basedowii gelitten haben, sondern an Kropf, der durch Druck mehr oder weniger nervöse Zufälle bewirkte. Er zählt 42 Fälle von Operation; 12mal habe es sich um echten Morbus Basedowii gehandelt, 4mal bleibe die Diagnose zweifelhaft; von jenen 12 Kr. seien 3 nicht geheilt, 1 sei rückfällig geworden, 1 habe Krämpfe bekommen, 1 sei nur gebessert, später durch Schwangerschaft geheilt worden, bei 4 sei erst $^1/_2$—$1^1/_2$ Jahre nach der Operation Besserung eingetreten, bei 2 seien wenigstens einige Zufälle zurückgeblieben; von den 4 zweifelhaften Fällen sei in 1 Heilung, in 2 Besserung nach längerer

[1]) Greenfield sagt neuerdings kurz „Athyrea" und „Hyperthyrea" oder „Dysthyrea".

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Zeit, in 1 keine Besserung angegeben. In den übrigen Fällen habe gewöhnlich die Struma lange vor den übrigen Erscheinungen bestanden, sei hart oder knollig gewesen, habe deutlichen Druck (Athemnoth, Cyanose, Heiserkeit, Schlingbeschwerden) und nur wenige Basedow-Symptome bewirkt. In diesen Fällen sei der Heilerfolg viel besser gewesen und sei oft sofort nach der Operation die Besserung eingetreten.

[Die Auffassung des Vfs. ist nicht haltbar, da doch Zittern und andere Basedow-Zufälle nicht wohl durch Druck eines Kropfes entstehen können. Die Thatsache, dass bei altem Kropfe, zu dem die anderen Zufälle spät hinzutreten, viel bessere Erfolge erzielt werden, als da, wo die Struma mit den übrigen Erscheinungen auftritt, erklärt sich wohl einfach dadurch, dass der Morbus Basedowii um so schlimmer ist, je akuter er sich entwickelt. *Ref.*]

Es folgen 47 Krankengeschichten, die meist aus Mendel's Poliklinik, bez. Klinik stammen. Darunter sind 4 Fälle, in denen von J. Wolff oder E. Hahn eine Struma-Operation ausgeführt worden ist. Nur in 1 von ihnen wurde eine wesentliche Besserung erzielt. Endlich giebt Vf. noch eine Uebersicht über die chirurgische Casuistik und ein Literatur-Verzeichniss mit 285 Nummern.

William S. Greenfield (On some diseases of the thyroid gland. Brit. med. Journ. Dec. 9. 1893) schliesst sich der Ansicht an, nach der die Erscheinungen des Morbus Basedowii durch übermässige Thätigkeit der Schilddrüse verursacht sind. Seine Hauptsätze sind folgende. 1) Die Untersuchung der Schilddrüse ergiebt in allen Fällen eine eigenthümliche Hyperplasie des Gewebes, die den Veränderungen beim gewöhnlichen Kropfe nicht gleicht und auf vermehrte Funktion hindeutet. 2) Die Resektion der Drüse hat heilende Wirkung. 3) Im Nervensystem findet man weitverbreitete, aber leichte Veränderungen, die denen bei zweifellos toxischen Erkrankungen, wie Tetanus, Lyssa gleichen und auf den toxischen Ursprung des Morbus Basedowii hinweisen. 4) Morbus Basedowii und Myxödem sind klinisch und anatomisch Gegenstücke. 5) Schilddrüsensaft ruft mehrere Symptome des Morbus Basedowii hervor.

ad 1. G. findet es mit Recht sehr auffallend, dass man früher eine genaue Untersuchung der Schilddrüse gar nicht vorgenommen, sich mit Redensarten wie, die Struma beruhe auf Erweiterung der Blutgefässe, abgefunden hat. Thatsächlich ist in jedem Falle von Morbus Basedowii das Gewebe der Drüse wesentlich verändert. G. hat in 6 Fällen die anatomische Untersuchung machen können und immer denselben Befund erhalten. Von übermässiger Gefässentwickelung war keine Rede. Der Durchschnitt der Drüse war blassroth und erinnerte sehr an den einer Speicheldrüse. Zuweilen waren einige kleine Cysten mit serösem Inhalte vorhanden, zuweilen fehlten sie. Die mikroskopische Prüfung zeigt, dass das Wesentliche eine enorme Hyperplasie des absondernden Gewebes ist. Die Drüse bei Morbus Basedowii verhält sich zur normalen wie etwa die milchende Mamma zur normalen. Die Epithelzellen sind cylindrisch geworden und wie in Adenomen gewuchert. Colloid wird gewöhnlich nicht gefunden. Massen desquamirter Epithelien liegen im Innern der Acini. Diese sind zum Theil verlängert, so dass sie an Drüsenschläuche erinnern, und sehr gross ist die Zahl der neugebildeten Räume. In typischen Fällen sind diese Veränderungen in der ganzen Drüse gleichmässig. Hat die Krankheit lange bestanden, so entstehen fibröse Septa, die allmählich wachsen und das Drüsengewebe, das atrophisch wird, zu verdrängen scheinen.

Nach G. handelt es sich im Wesentlichen um eine Steigerung der normalen Drüsenthätigkeit. Die zuführenden Arterien sind erweitert, ein offenbar sekundärer Vorgang. Ein Schwirren in der Drüse selbst ist nicht vorhanden, es geht nur von den grösseren Arterien aus.

Nach G.'s Beobachtungen beginnt die Hyperplasie der Drüse bei Morbus Basedowii ganz allmählich und kann in geringem Grade schon Jahre lang bestehen, ehe durch irgend einen Anstoss die Symptome der Krankheit hereinbrechen.

ad 2. Die Seltenheit der Basedow-Symptome bei gewöhnlichen Kröpfen deutet darauf hin, dass die Basedow-Struma eine besondere Form der Schilddrüsen-Entartung darstelle. Wenn aber bei einem Cysten- oder sonstigen Kropfe eins oder einige der Basedow-Symptome auftreten, so ist anzunehmen, dass ein Theil der Schilddrüse in der Basedow'schen Weise erkrankt sei. In der That hat G. einige Male der oben beschriebenen Hyperplasie ähnliche Veränderungen gefunden. Es ist daher begreiflich, dass die Operation günstige Erfolge aufweisen kann.

ad 3. Ausser der Unmöglichkeit, alle Symptome durch die Läsion Einer Stelle des Nervensytsems zu erklären, ausser den Widersprüchen in den anatomisch-physiologischen Erklärungen spricht auch die Wandelbarkeit der Basedow-Symptome dagegen, dass sie von einer örtlich beschränkten Läsion des Nervensystems abhängen sollten.

In 2 Fällen hat G. den Halssympathicus und seine Ganglien genau untersucht. Die letzteren waren etwas geschwollen, hyperämisch, im Gewebe Leukocyten-Infiltration, Degeneration vieler Ganglienzellen, zum Theil durch Aufnahme von Leukocyten. Im Nerven waren die Veränderungen gering. Bei dem Myxödem seien die sympathischen Ganglien verkleinert, von fibrösen Zügen durchsetzt, ihre Ganglienzellen geschrumpft und übermässig pigmentirt. In jenen 2 Fällen fand G. Brücke und Oblongata hyperämisch; die kleinen Gefässe waren zum Theil von Rundzellen umgeben und an vielen Orten waren kleine Blutungen ein-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

getreten. (Vor dem Tode hatte hohes Fieber bestanden.) Es schien auch, als ob manche Kernzellen nicht ganz in Ordnung wären.

ad 4. Ausser den anderen Symptomen stellt G. auch das Irresein bei Myxödem dem bei Morbus Basedowii gegenüber. Dort gleiche es dem bei Herzkranken, Depression wiege vor, hier handle es sich um „acute delirious mania", wie bei „choreic mania". Freilich gebe es Ausnahmen. Nach G.'s Erfahrung ist Tuberkulose bei Myxödem sehr häufig (in 5 von 7 Fällen mit anatomischer Untersuchung), bei Morbus Basedowii nicht (in keinem von 6 Fällen).

ad 5. Die bisherigen Erfahrungen beweisen, dass die Schilddrüse einen Stoff absondert, der die Folgen der „Athyrea" aufhebt und hier durch zu grosse Dosen wie auch bei Gesunden Beschleunigung des Pulses, Fieber, Schweisse, Durchfälle u. s. w. bewirkt. G. hat einen beweisenden Versuch an einem Gesunden gemacht: Täfelchen mit getrocknetem Schilddrüsenstoff bewirkten Tachykardie, unregelmässige Temperatursteigerungen, grosse Reizbarkeit (Glycerinextrakt war erfolglos). Für die weitere Untersuchung räth G. zu Thierversuchen.

George R. Murray (Thyroid secretion as a factor in exophthalmique goitre. Lancet II. 20. Nov. 11. 1893) stellt die Gründe dafür zusammen, dass eine übermässige Absonderung der Schilddrüse Ursache der Basedow-Symptome sei. Besonders betont er das Auftreten solcher Symptome bei Myxödem-Kranken, die etwas zu viel Schilddrüsensaft erhalten haben: Beschleunigung des Pulses, Zittern, Kopfschmerz, Schwitzen, übernormale Temperatur. Bei einer seiner Kr., die nur ein wenig zu viel genommen hatte, stieg der Puls auf 112, die Haut wurde heiss und feucht, sie klagte über Wallungen, die Hände zitterten ganz wie bei Morbus Basedowii. Alle Symptome schwanden, sobald die Gabe des Schilddrüsensaftes vermindert wurde. M. bezieht sich ferner auf die Erfolge der operativen Behandlung des Morbus Basedowii, auf die Gegensätzlichkeit zwischen ihm und dem Myxödem u. s. w. Die Belladonna nütze bei Morbus Basedowii, weil sie die Sekretion der Schilddrüse vermindere. M.'s Vater habe mit vorzüglichem Erfolge eine Salbe mit rothem Jodquecksilber auf die Struma bei Morbus Basedowii aufgetragen.

A. Joffroy (Nature et traitement du goître exophthalmique. Progrès méd. 2. S. XVIII. 51. 1893) veröffentlicht eine im J. 1891 gehaltene Vorlesung über Morbus Basedowii, in der er nachdrücklich diese Krankheit als Schilddrüsen-Krankheit bezeichnet. Er betont, dass die Struma immer auf Gewebehypertrophie beruhe, dass es rein vasomotorische Kröpfe gar nicht gebe, dass die Struma zuweilen schwer oder nicht nachweisbar sei, da die Schilddrüse auf das Doppelte ihres Normalen wachsen könne, ohne dass es durch die Untersuchung nachzuweisen sei, und dass in den Fällen von Morbus Basedowii, in denen anscheinend keine Struma bestand, wenn die anatomische Untersuchung möglich wird, doch Hypertrophie der Drüse gefunden werde.

Bei der Besprechung der Symptome durch J. sei Folgendes hervorgehoben: anfallsweise Photophobie mit Trigeminusschmerzen (1 Fall), Ausbleiben der Hebung der Augenbraue und der Faltung der Stirn beim Sehen nach der Zimmerdecke (4 Fälle), Ophthalmoplegia exterior totalis (1 Fall).

Domenico Massaro (Su di un caso di gozzo esoftalmico. Rif. med. IX. 268. 1893) erörtert im Anschlusse an eine ausführliche Krankengeschichte die Ansichten über die Ursache der Krankheit und spricht sich für die Schilddrüsentheorie aus.

A. Maude (Some less-known factors in Graves' disease. Lancet II. 17; Oct. 21. 1893) sprach in der med. Gesellschaft zu London über Symptome und Wesen des Morbus Basedowii. Nach seiner Meinung ist die Schilddrüse fast immer verändert. Morbus Basedowii in Kropfgegenden ist nicht selten (15 auf 55), in 7 Fällen waren die Basedow-Symptome bei vorher Kropfigen aufgetreten.

M. erwähnte besonders die seelischen Störungen bei Morbus Basedowii, die sich bald als Erregtheit, bald als Verwirrtheit darstellen. Manche Symptome (Hyperästhesie, Crampi, Fehlen der Reflexe u. s. w.) sind nach M. auf peripherische Neuritis zu beziehen.

M. hält den Morbus Basedowii für eine Intoxikation, deren Quelle die Schilddrüse ist.

In der Verhandlung wurden viele und verschiedenartige Bemerkungen gemacht. Bowles erwähnte 2 Kr. mit Morbus Basedowii, die im späteren Alter an Myxödem erkrankt seien. Savage hat wiederholt Basedow-Symptome bei periodischer Manie gesehen. H. Mackenzie hat 2 Kr. mit Morbus Basedowii Schilddrüsensaft gegeben, ohne üble Wirkungen zu sehen. Murray, Ord u. A. stimmten der Auffassung des Vortragenden bei.

George F. Johnston (Clinical remarks on exophthalmic goitre; with special reference to its possible etiology. Lancet II. 19: Nov. 4. 1893) ist der Ansicht, dass die Fälle von Morbus Basedowii bei jungen Weibern mit den Zeichen der Chlorose, ohne Abmagerung und ernstere nervöse Störungen eine besondere gutartige Form der Krankheit darstellen und dass in ihnen Belladonna und Eisenpräparate vom besten Erfolge seien. Er theilt 2 Beispiele mit. Er beschreibt weiter einige Kranke, bei deren einem besonders ein so grobes Zittern der Arme bestand, dass man an Chorea dachte, während die andere eine an Morbus Basedowii leidende Tante hatte, nach einer Zahnausziehung in Lustgasbetäubung an schwerem Morbus Basedowii erkrankte und durch galvanische Behandlung gebessert wurde.

Im Weiteren weist J. auf die Wahrscheinlichkeit hin, dass ein Gift Ursache der Krankheit sei, stellt die Symptome des Myxödem denen des Morbus Basedowii gegenüber und schliesst auf

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Produkte der krankhaften Thätigkeit der Schilddrüse als nächste Ursache des Morbus Basedowii. Er schildert, wie er an sich selbst nach Einnehmen von Schilddrüsen-Präparat Herzklopfen (120), Kopfhitze, Zittern, Schwäche beobachtet habe.

F. Chvostek (Symptome von Morbus Basedowii bei Chlorose. Wien. klin. Wchnschr. VI. 42. 45. 1893) weist darauf hin, dass man schon früher einzelne Symptome des Morbus Basedowii als solche der Chlorose beschrieben habe: Struma chlorotica, Glotzaugen, Tachykardie, übermässiges Schwitzen, seelische Störungen, und dass einzelne Autoren (Immermann) die Abhängigkeit des die Chlorose oft begleitenden Morbus Basedowii von der Blutkrankheit vermuthet haben. Er selbst theilt aus der II. Wiener Klinik 7 Krankengeschichten mit, in denen es sich um mehr oder weniger ausgesprochenen Morbus Basedowii bei chlorotischen Mädchen handelt. Wir geben 2 als Beispiele wieder.

I. Die 18jähr. Kr., deren Vater trank, deren Schwester einen dicken Hals hatte, war vor 2 Mon. mit Darmkatarrh erkrankt. Die Regel war seitdem ausgeblieben, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Zittern der Hände, Schreckhaftigkeit hatten sich eingestellt.

Bei guter Ernährung grosse Blässe. An den Augen nur Convergenzschwäche. Kleine Struma mit Pulsiren der Carotiden und Nonnensausen. Puls 100—108; Herzdämpfung vergrössert; blasende Geräusche über allen Ostien. Vergrösserung der Milz. Zittern der Glieder.

II. Die 19jähr. Kr. wollte seit 3 J. an Bleichsucht leiden. Die Regel war spärlich und unregelmässig gewesen. In der letzten Zeit zunehmende Schwäche.

Bei guter Ernährung grosse Blässe. Puls 100. Kopfschmerz, Schwindel. Struma ohne Gefässgeräusche; Nonnensausen. Verbreiterung der Herzdämpfung und systolisches Blasen über der Basis. Milzschwellung. Blutbefund: 2670000 rothe, 10600 weisse Körperchen, Hb. 15—20%, spärliche kernhaltige rothe Körperchen, meist mehrkernige Leukocyten.

Später starkes Carotidenklopfen, rechts Exophthalmus, Zunahme der Struma.

Vf. meint, das Alter der Kranken, das Fehlen von Kachexie, die Anamnese, die das Vorausgehen der Chlorose darthue, der günstige Verlauf zeigen, dass die Chlorose hier eine selbständige Krankheit ist, dass es sich nicht um einen Morbus Basedowii mit besonders starker Anämie handle. Man könne annehmen, dass sowohl die Chlorose, als der unausgebildete Morbus Basedowii Wirkungen einer Erkrankung der blutbereitenden Organe seien. Möglicherweise bewirken diese primären Störungen einerseits die chlorotische Blutveränderung, andererseits eine Veränderung der Schilddrüse, von der die Basedow-Symptome abhängen. Gegen die etwaige Meinung, Chlorose und Schilddrüsenerkrankung seien Folgen einer Veränderung in den Geschlechtsorganen bei der Pubertät macht Vf. verschiedene Einwände.

C. Gerhardt (Ueber krankhafte Pulsationen bei Schlussunfähigkeit der Aortenklappen und bei Basedow'scher Krankheit. Charité-Annalen XVIII. p. 243. 1893) theilt zunächst eine Krankengeschichte mit.

32jähr. Arbeiterin mit seit 3 Monaten bestehendem Morbus Basedowii. Ausser anderen Symptomen: Pulsirende Struma, Hypertrophie des linken Herzens mit systolischem Geräusche an der Spitze, anfallweise starke Tachykardie mit Hämmern in den Schläfen und Hitze im Gesicht, Pulsiren der vergrösserten Milz. Doppelton an der Cruralarterie. Bei Herzklopfen Zunahme des Zitterns und häufigere Stuhlgänge.

In 8 Fällen von Morbus Basedowii hat G. gefunden: 4mal reine Herztöne, 3mal zeitweise oder dauernd systolische Geräusche an Mitral- und Pulmonalklappen, 4mal an der Schenkelarterie Doppelton, 1mal nur einen arteriendiastolischen Ton, 1mal auch an der Bauchaorta 2 Töne, 4mal Pulsation der Milz, 2mal der Leber, 2mal Capillarpuls an der Stirn.

G. betont besonders das Pulsiren der Milz. Man müsse sie suchen, weil die Milz nicht wesentlich vergrössert sei. Die Pulsation könne sehr lange andauern.

W. Albrand (Ueber anomale Augenlidbewegungen. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 13. 1893) hat eigenthümliche Bewegungen eines oberen Lides bei beginnendem Morbus Basedowii beobachtet.

Eine 48jähr. Frau klagte über Doppeltsehen und Zuckungen im rechten oberen Lide, sobald sie abwärts sähe. Bei der Blicksenkung folgte anfangs das obere Lid dem Augapfel, blieb dann gegen das linke zurück und rückte schliesslich in Zuckungen nach oben. Während der weiteren Dauer der Blicksenkung blieb rechts der Lagophthalmus bestehen. Ausserdem fand man geringe Pareso des rechten M. inferior (gekreuzte Doppelbilder beim Blicke nach unten) und geringe Erweiterung der rechten Pupille.

Nach 4 Wochen war das Doppeltsehen verschwunden und am rechten oberen Lide bemerkte man nur ein einfaches Zurückbleiben beim Blicke nach unten, zugleich eine dauernde Erweiterung der Lidspalte beim Blicke geradeaus und geringeren Widerstand des Orbicularis beim Oeffnen des geschlossenen Auges durch den Finger. Der Puls war beschleunigt (80—90) und die Kr. gab an, schon früher an Herzklopfen und Zittern gelitten zu haben. Nach Aufhören der Zuckungen im rechten oberen Lide und des Doppeltsehens glaubte sie geheilt zu sein.

B. Greidenberg (Ueber Geistesstörung bei Morbus Basedowii. Wjestn. psich. i neuropat. 1893. Ref. im Neurol. Centr.-Bl. XII. 21. p. 751. 1893) hat bei einer 33jähr. Kr., die seit 13 J. an Morbus Basedowii litt, Irresein beobachtet. Die Kr. war immer reizbar, launenhaft und burschikos gewesen. Seit 1 J. wechselnde Erregung: Putzsucht, Erotismus, Verfolgung eines Mannes durch Anträge u. s. w. Vf. fand in der Anstalt „maniakalische Exaltation". Nach 2 Mon. Besserung. Später psychisch normales Verhalten. Unverändertes Fortbestehen des Morbus Basedowii.

Eine Cousine der Kr. litt auch an Morbus Basedowii, mehrere Verwandte hatten Nerven- und Geisteskrankheiten.

Vf. schliesst sich der Auffassung von Raymond und Sérieux an.

E. Reymond (Goître exophthalmique; mort au bout de 15 jours. Bull. de la Soc. anatom. de Paris 5. S. VII. 18. p. 456. 1893) beschreibt einen Fall rasch tödtender Basedow'scher Krankheit.

Eine 45jähr. Frau war vor $1^1/_2$ J. erschrocken und zitterte seitdem, ohne dass weitere Erscheinungen, abgesehen von überstarker Menstruation, bestanden hätten. Vor 2 Wochen war die Tochter der Kr. niedergekommen und in den ersten Tagen des Wochenbettes schien das

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Leben der Wöchnerin bedroht zu sein. Durch die Aufregung wurde die Mutter so krank, dass sie nach 10 Tagen in's Hospital gebracht wurde, nach 14 Tagen starb. Man fand vor ihrem Tode: Paraplegie mit Anästhesie, andauerndes Beben des ganzen Körpers, etwas Exophthalmus, Struma, ein systolisches Geräusch am Herzen, Beschleunigung des Pulses (125), Fieber (beim Eintritte 38°, vor dem Tode 40°), unstillbares Erbrechen, näselnde Stimme, geistige Störung.

Die *Sektion* ergab Hypertrophie des linken Herzens und Insufficienz der Mitralklappe, Hyperämie des Gehirns, grosse Thymusreste. Die Schilddrüse, die eine Cyste enthielt, wurde mikroskopisch untersucht. Die Hauptveränderung bestand in einer Wucherung der epithelialen Zellen, mit denen die Drüsenräume vollgestopft waren, so dass der Anschein einer Neubildung entstand. Colloid war nicht vorhanden.

O. Hezel (Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie des Morbus Basedowii. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 3 u. 4. p. 353. 1893) hat in der Leipziger med. Klinik folgenden Fall beobachtet.

Eine 45jähr. Frau, deren Periode im 30. J. ausgeblieben war, die seit dem 41. J. an Herzklopfen und Athemnoth litt, zeigte die Symptome des Morbus Basedowii und starb an Herzlähmung.

Man fand: Reste der Thymus; Herzhypertrophie und Dilatation; Atrophie des Uterus und der Eierstöcke; normales makroskopisches Verhalten des Nervensystems. Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarkes ergab keinerlei Veränderung; die solitären Bündel waren ganz normal. Genau wurden ferner untersucht die Nn. sympathici mit ihren Ganglien, die Nn. vagi, die Herznerven und die Herzmuskeln. Sowohl die Muskelfasern des Herzens als die Ganglienzellen und Nervenfasern der Vorhöfe waren ganz normal. Das Gleiche gilt von den Vagis. Die Sympathici zeigten diffuse Entartung: Gefässverdickung, kleine Blutungen, Kernwucherung, degenerative Veränderungen eines Theiles der Ganglienzellen. Die Beschreibung der Schilddrüsenentartung fasst Vf. in den Worten: adenomatöse Entartung mit interstitieller Entzündung, zusammen.

A. Joffroy und Ch. Achard (Contribution à l'anatomie pathologique de la maladie de Basedow. Arch. de Méd. expérim. V. 6. p. 807. 1893) theilen mehrere anatomische Untersuchungen mit.

I. Eine 52jähr. Frau, die von Jugend auf hysterisch gewesen war, seit dem 36. J. an Morbus Basedowii, zeitweise in hohem Grade, gelitten hatte, ausserdem chronischen Gelenkrheumatismus hatte, war, als die Basedow-Symptome zurückgegangen waren, an einer Pneumonie gestorben.

Gehirn und Rückenmark waren normal; das Corpus restif. und das solitäre Bündel beiderseits auch normal. Der rechte Sympathicus wurde untersucht und normal gefunden. In der Schilddrüse Vermehrung des Bindegewebes. Viele Acini leer, manche von Colloid erfüllt, wenige von Zellenhaufen.

II. Die 2. Kranke ist wegen ihrer Geistesstörung von J. schon früher beschrieben worden (Jahrbb. CCXXVII. p. 148). Sie starb mit 56 Jahren.

In dem seit dem 30. J. bestehenden Kropfe wurden zahlreiche Cysten gefunden. Dichte Züge fibrösen Zwischengewebes. Erweiterte Lymphgefässe. Viele mit kleinen Zellen erfüllte Acini, manche voll Colloid, manche leer, bez. obliterirt. Rückenmark und Oblongata (besonders Corp. restif. und das solitäre Bündel) normal.

III. 37jähr. Frau. Mit 28 J. epileptische Anfälle. Mit 33 J. Morbus Basedowii. Tod im Status epilepticus. Syringomyelie. Angiom in der hinteren Schädelgrube. Corpp. restif. und solitäre Bündel normal. Die meisten Acini der Schilddrüse waren durch Colloid ausgedehnt, oft waren die Zwischenwände zerstört und dadurch kleine Cysten entstanden. (Vgl. Jahrbb. CCXXX: p. 136.)

IV. Tabes und Morbus Basedowii. (Vgl. Jahrbb. CCXL. p. 149.)

V. Nur Beschreibung des Nervensystems einer mit Morbus Basedowii Verstorbenen. Degeneration der Hinterstränge. In der Oblongata auch leichte Atrophie der solitären Bündel; die Corpp. restif. normal.

VI. Eine 37jähr. Wäscherin trat in die Salpêtrière ein. Sie hatte in der Jugend an Amenorrhöe und Erysipel gelitten. Mit 23 J. hatte sie Struma, Exophthalmus und Herzklopfen bekommen. Zwischendurch hysterische Anfälle. Grosse Reizbarkeit. Nach einiger Zeit Zurückgehen der Basedow-Erscheinungen, aber zunehmende Schwäche, Verdickung der Haut, die von den Füssen aufstieg, Athembeschwerden, Verlangsamung der Sprache. Bei der Aufnahme bestand das ausgeprägte Bild des Myxödems. Die Kr. collabirte und starb.

Gehirn und Rückenmark (auch Corp. restif. und solitäres Bündel), Sympathici, Vagi normal. An Stelle der Schilddrüse ein 1 cm dicker fibröser Lappen. Mikroskopisch sah man zwischen Bindegewebe mit Fettzellen hier und da kleine Zellenhaufen, die Ueberreste der Acini. Die Arterien der Drüse waren sehr atheromatös.

Am lehrreichsten ist der 6. Fall: der Entwickelung des Myxödems gehen die Symptome des Morbus Basedowii voraus, der Atrophie der Schilddrüse die Dystrophie.

Sehr überzeugend thun die Beobachtungen der Vff. dar, dass in der Regel nachweisbare Veränderungen des Nervensystems bei Morbus Basedowii nicht vorhanden sind. Stets wurde die Entartung der Schilddrüse gefunden, obwohl im 1. und 4. Falle während des Lebens keine Struma nachweisbar war. Man kann also das scheinbare Fehlen der Struma und den oft plötzlichen Beginn der Krankheit mit einer vorhandenen, aber nicht nachweisbaren Degeneration der Schilddrüse erklären.

Bemerkenswerth ist, dass der Schilddrüsenbefund sehr verschieden ist. Möglicherweise können verschiedene Formen der Drüsenentartung Ursache des Morbus Basedowii sein, wie etwa Urämie auf verschiedene Weise entstehen kann. Auch ist eine Trennung zwischen der Basedow-Struma und dem gewöhnlichen Kropfe nicht durchführbar. Die Vff. sind mit dem *Ref.* der Ansicht, dass der typische Morbus Basedowii und der Kropf mit Basedow-Symptomen dieselbe Krankheit seien.

A. D. Rockwell (The treatment of exophthalmic goitre, based on forty-five consecutive cases. New York med. Record XLIV. 14. Sept. 30. 1893) empfiehlt von Neuem die elektrische Behandlung, besonders die allgemeine Faradisation bei Morbus Basedowii. Er giebt zugleich Medikamente und regelt die Lebensweise. Von 45 Kr. wurden 3 nicht gebessert, 27 gebessert, 14 nahezu geheilt [der 45. ?]. Die kurzen Krankengeschichten der 14 guten Fälle werden mitgetheilt. Es handelt sich zum Theil um schwere Erkrankung.

J. Madison Taylor (The treatment of exophthalmic goitre. Med. News LXIII. 25. 26. 1893) empfiehlt in geeigneten Fällen (d. h. besonders bei Steigerung der Körperwärme und bei grosser Unruhe) Bettruhe, fast immer lässt er früh den Körper

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

mit kühler Salzlösung oder mit aromatischem Essig abreiben. Die wollenen Unterkleider sollen oft gewechselt werden. Gegen Palpitation u. s. w. ist besonders der Eisbeutel zu empfehlen. Daneben kann man Strophanthus, Spartein oder andere Mittel anwenden. Nach T.'s Meinung ist das beste Medikament bromwasserstoffsaures Hyoscin.

Es folgen 11 Krankengeschichten.

Lavisé (Traitement du goître exophthalmique par la ligature des quatre artères thyroidiennes. Bull. méd. Juin 18. 1893. Ref. im Centr.-Bl. f. Nervenhkde. N. F. IV. p. 592. Dec. 1893) hat bei einer 35jähr. Frau mit Morbus Basedowii die 4 Schilddrüsenarterien unterbunden. Die Struma nahm ab, die Gefässgeräusche verschwanden, Dyspnöe, „Bronchorrhoe", Zittern wurden viel geringer. Nach 2 Mon. Rückfall. Später Tod.

Troje (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 44. p. 1084. 1893) stellte der Schles. Ges. f. vaterländ. Cultur eine durch Operation von „abortivem Morbus Basedowii" geheilte Kranke vor.

Die Kr. hatte einen grossen Kropf gehabt, dessen Mittelstück hinter das Brustbein reichte und Athemnoth verursachte. Dabei Hypertrophie des linken Herzens mit Tachykardie und schnellendem Pulse, Zittern, Schwitzen, Kopfschmerzen, Schwindel, Reizbarkeit.

Schon am 6. Tage nach Ausschälung der 3 Kropfknoten durch Mikulicz sank die Pulszahl unter Hundert. Zittern, Schwitzen, Kopfschmerzen hörten auf.

David Owen (Thyroid feeding in exophthalmic goitre. Brit. med. Journ. Dec. 2. 1893) glaubt in einem Falle von Morbus Basedowii durch Schafschilddrüse eine wesentliche Besserung erreicht zu haben.

Der 46jähr. Kr. wollte seit 20 J. an Morbus Basedowii leiden. Es bestanden Herzklopfen, Athemnoth, Durchfall, starker Exophthalmus, Graefe's und Stellwag's Zeichen, Arterienklopfen, geringe Struma, Hypertrophie des linken Herzens.

Vf. verordnete täglich ¹/₄ Schafschilddrüse, roh mit Salz und Essig zu nehmen. Die Frau des Kr. verstand falsch und gab ihm ¹/₄ Pfund täglich. Nun traten Dyspepsie, Schwindel, Schlaflosigkeit, Schwellung des Gesichts und der Beine auf. Die Behandlung wurde unterbrochen und nach 1 Woche waren die lästigen Zufälle verschwunden. Als nach der Verordnung des Vf.'s verfahren wurde, trat fortschreitende Besserung ein. Nach 3 Mon. konnte der Mann schwer arbeiten, der Exophthalmus war fast ganz verschwunden, an die Stelle der Anschwellung am Halse war eine Vertiefung getreten, der Puls war von 126 auf 76 gefallen, das Arterienklopfen bestand nicht mehr. Der Pat. nahm noch 2mal in der Woche ¹/₄ Drüse. Möbius.

229. **Ueber Störungen des Muskelsinns und des stereognostischen Sinnes bei der cerebralen Hemiplegie**; von Dr. Redlich. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 24—30. 1893.)

Nach einer ausführlichen Definition des Muskelsinnes als des Gefühles für aktive Bewegungen, zu dessen Zustandekommen das centrale Innervationsgefühl und die peripherischen sensiblen Eindrücke gemeinsam wirken müssen, kommt R. auf seine eigenen Untersuchungen zu sprechen. Er hat in 150 Fällen von cerebraler Hemiplegie das Gefühl für aktive und passive Bewegungen, das Lagegefühl, den stereognostischen Sinn und das Vorhandensein oder Fehlen von Ataxie untersucht. Störungen des Muskelsinnes bestanden in 35 Fällen (19 linkseitige, 16 rechtseitige Hemiplegien) und waren verschieden nach Intensität und Extensität. Am häufigsten bestand die Störung an den Fingern und an der Hand, seltener am ganzen Arme, wobei dann in geringem Grade meistens auch das sonst immer freie Bein ergriffen war. Das Charakteristische der Muskelsinnstörungen war immer die Schädigung oder der absolute Verlust des Gefühls für passive Bewegungen und des Gefühles für Lage und Haltung der Glieder. Ataxie war nur selten vorhanden und stand durchaus nicht immer im Einklange mit der Stärke der Muskelsinnstörung. Dagegen war in allen Fällen mit Schädigung des Muskelsinnes auch der stereognostische Sinn gestört. Ebenso waren die Muskelsinnstörungen immer verbunden mit Störungen der Hautsensibilität: in 2 Fällen boten beide dieselbe Intensität der Schädigung dar, meistens aber war der Muskelsinn stärker betroffen, als die Hautsensibilität. Von den einzelnen Qualitäten der letzteren war immer am meisten ergriffen das Lokalisationsvermögen, am wenigsten Temperatur- und Schmerzsinn. Die Muskelsinnstörung war auch gewöhnlich von grösserer räumlicher Ausbreitung als die Schädigungen der Hautsensibilität. Zu den motorischen Störungen verhielt sich die Muskelsinnstörung in den meisten Fällen direkt proportional in der Stärke, so dass wahrscheinlich die Pyramidenbahnen sehr nahe an den Muskelsinnbahnen verlaufen müssen.

R. begründet ferner, dass die Muskelsinnbahnen durchaus nur centripetale sein müssen. Wo sie verlaufen, ist noch nicht genau bekannt. Jedenfalls sind sie von den Bahnen der Hautsensibilität getrennt und gelangen in der Medulla oblongata auf die gegenüberliegende Seite. Von hier ziehen sie sicher in die Schleife und von da in die Hirnrinde. Ihr Verhältniss zum Sehhügel ist ebenfalls noch unklar. Daraus, dass es eine Reihe von schweren Thalamusläsionen giebt, die im Leben keine Muskelsinnstörungen hervorgerufen hatten, muss man schliessen, dass der Thalamus direkt nicht in Beziehung zum Muskelsinne steht. Nach der Ansicht R.'s ist vielmehr der hintere Schenkel der inneren Kapsel die Stelle, deren Läsion Muskelsinnstörungen hervorruft. Diese entstehen daher bei Thalamuserkrankungen nur dann, wenn der Sehhügelherd entweder direkt durch Uebergreifen auf die innere Kapsel, oder auch indirekt durch deren Compression die Muskelsinnbahnen zerstört hat. Jedenfalls muss man in den hinteren Schenkel der inneren Kapsel die Muskelsinnbahnen verlegen, und zwar zwischen die Pyramidenbahnen und die Bahnen für die Hautsensibilität.

In Beziehung auf die cortikale Lokalisation des Muskelsinnes glaubt R. nach einer eingehenden Besprechung der vorliegenden Sektionsbefunde annehmen zu müssen, dass nicht, wie von vielen Autoren behauptet wird, die Centralwindungen,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

sondern der Scheitellappen die Endigungen der Muskelsinnbahnen darstelle. In demselben Rindenabschnitt enden auch die Bahnen für die Hautsensibilität, ohne dass man sie topographisch bis jetzt von den Muskelsinnbahnen abzugrenzen im Stande wäre. Wahrscheinlich aber dient der obere Scheitellappen für Muskelsinn und Hautsensibilität des Beins, der untere für die des Arms.

Windscheid (Leipzig).

230. **Beiträge zur klinischen Beurtheilung und zur Lokalisation der Muskelsinnstörungen im Grosshirne**; von Dr. Anton. (Ztschr. f. Heilkde. XIV. 4. p. 313. 1893.)

A. beobachtete 4 Fälle von Muskelsinnstörungen, deren Krankengeschichten nebst 3 Sektionsbefunden ausführlich mitgetheilt werden. In einem Falle fand man eine Thrombose der Art. cerebri posterior, im anderen einen Erweichungsherd in der inneren Kapsel; ein Kr. lebt noch, wahrscheinlich handelt es sich bei ihm um einen Gehirntumor; im 4. Falle bestand ein von der Dura-mater ausgehendes, in den Scheitellappen und Occipitallappen durchgebrochenes Endothelioma. Allen 4 Fällen war klinisch gemeinsam, dass für längere oder kürzere Zeit ein halbseitiger Verlust des Muskelgefühls und Bewegungsgefühls ohne Lähmung der Muskeln bestand, immer begleitet von einer typischen Hemiopie. Die Hautsensibilität war in allen 4 Fällen sehr herabgesetzt, zum Theil aufgehoben, immer bestanden ausserdem psychische Störungen, vorwiegend das Bild der hallucinatorischen Verworrenheit. In 3 Fällen waren die Pat. im Stande, die Bewegungen der gesunden Körperhälfte mit der erkrankten Körperhälfte richtig nachzuahmen, so dass Bewegungsimpulse von der gesunden auf die in ihrer Sensibilität gestörte Körperhälfte übertragen wurden. Aus den Sektionsbefunden ist hervorzuheben, dass immer die Gehirnrinde betroffen war, und zwar bestand einmal eine Beschädigung des hinteren Theils des oberen Scheitelläppchens durch einen Tumor, einmal eine Erweichung der Rinde hinter der Centralwindung bis zum Hinterhauptlappen, einmal eine Zerstörung des Cuneus mit den benachbarten Theilen des Gyrus cinguli und des Calcar avis. In allen 3 Fällen waren ferner die Nervenbahnen unterbrochen, die durch das hintere Drittel der inneren Kapsel zum Occipitalhirn ziehen, und die Längsbündel an der äusseren Wand des Hinterhorns. In 2 Fällen bestand Erweichung der hinteren Theile des Sehhügels. In den 3 oben erwähnten Fällen, in denen Bewegungsimpulse von der gesunden auf die anästhetische Körperhälfte übertragen wurden, fand sich ausserdem eine Erweichung des hinteren Balkenendes.

A. schliesst aus seinen Befunden, dass es schwere Störungen der Bewegung giebt, die durch den Ausfall centripetaler Funktionen entstehen, vor Allem durch Störungen des durch centripetale Bahnen in das Grosshirn gelangenden Muskelsinnes, des Vermögens der Abschätzung und Wahrnehmung der Bewegungen. Die psychischen Störungen in seinen Fällen erklärt er durch den raschen Ausfall von Sensationen der Muskelsinnbahnen.

Die anderen theoretischen, sehr eingehenden Betrachtungen über das Verhältniss des Muskelsinnes zu verschiedenen Funktionen des Körpers sind zum Referat nicht geeignet und müssen im Original nachgelesen werden.

Windscheid (Leipzig).

231. **Zur Lehre von den posthemiplektischen Bewegungserscheinungen**; von Dr. Rudolf Kolisch. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 1 u. 2. p. 14. 1893.)

Das Zustandekommen der posthemiplegischen Bewegungserscheinungen ist bisher noch nicht klar. K. sucht nun auf Grund von zum Theil selbst beobachteten Fällen, zum Theil aus der Literatur angezogenen Krankengeschichten dem Problem näher zu treten, und zwar sucht er die von Kahler und Pick verfochtene Theorie zu stützen, nach der diese Erscheinungen auf bestimmte Alterationen der Pyramidenbahn selbst zurückzuführen sind.

Der 1. Fall betraf ein 8jähr., scrofulöses Mädchen, mit beiderseitiger, rechts jedoch stärker hervortretender Oculomotoriuslähmung, cerebellarer Ataxie, Bewegungsataxie der oberen und unteren Glieder, linkseitiger Hemiparese und Hemichorea, einschliesslich des linken Facialis. Die Pupillen reagirten, die Reflexe waren lebhaft. Die cerebralen Symptome wurden nun stärker, die Pupillen fast starr, dazu trat Harnretention ein und schliesslich erfolgte unter zunehmendem Sopor der Tod.

Die Diagnose auf einen Tuberkel in der Gegend der Vierhügel wurde durch die Autopsie bestätigt. Der Tuberkel wirkte von der vorderen Vierhügelgegend bis zur Trigeminusregion, wo er dem Boden des 4. Ventrikels frei auflag.

Die Augenmuskelstörung wurde durch die partielle Läsion der Oculomotoriuswurzeln erklärt. Für die cerebellare Ataxie wird von verschiedenen Autoren die Läsion des rothen Kerns verantwortlich gemacht, und dieser war auf der einen Seite in der That zerstört. Nicht direkt zum Symptomenbilde der Vierhügelerkrankung gehört die eigentliche Bewegungsataxie. Wahrscheinlich ist sie der Betheiligung der Haubenfasern des Grosshirnschenkels, die mit zerstört waren, zuzuschreiben. Das Zustandekommen der Hemichorea wird durch den 2. Fall noch näher beleuchtet.

In diesem handelte es sich um eine mit Hemiplegia sinistra gekreuzte rechtseitige Oculomotoriuslähmung bei einem 10jähr. Mädchen. Daneben bestand eine geringe linkseitige Lähmung des Oculomotorius; die rechte Pupille war weit, die linke eng, beide waren starr. Ausserdem bestand Hemichorea sinistra. Das Kniephänomen fehlte beiderseits.

Die Diagnose wurde auf Läsion des rechten Grosshirnschenkels gestellt, die vielleicht etwas nach links übergriff.

In beiden Fällen handelt es sich also um Hemichorea posthemiplegica. K. theilt nur im Auszug noch einen ähnlichen Fall mit, in dem neben linkseitiger Oculomotoriuslähmung Hemiplegie und Hemichorea dextra bestanden, und geht auf die Theorien über das Zustandekommen dieser Bewegungen ein.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Wie schon erwähnt, neigt K. der Theorie von Kahler und Pick zu, der zufolge von jeder Stelle der compakten Pyramidenbahn aus posthemiplegische Bewegungen ausgelöst werden können. Kahler und Pick hatten zum Beweise ihrer Theorie 2 Fälle angezogen, in deren einem die linkseitigen choreatischen Bewegungen von einem Tuberkel im Pons unterhalb der Vierhügel herrührten, im anderen Falle von einem Gliom auf dem Boden des 4. Ventrikels, mit geringer Betheiligung der Pyramidenbahn. Diesen Fällen analog würde K.'s erster Fall sein. Der sehr naheliegende Einwand, dass vielleicht doch Fernwirkungen auf die Centralganglien stattgefunden hätten und dadurch erst die Bewegungen ausgelöst wären, wird dadurch widerlegt, dass von sonstigen Druckerscheinungen, Stauungspapille, Brechen u. s. w. nichts wahrzunehmen war. K. zieht dann noch 5 ähnliche Fälle an, darunter einen Fall von Eisenlohr, wo die Bewegungen durch eine im Vierhügel steckengebliebene Revolverkugel veranlasst wurden. Wohl aber ist im Gegentheil bei Herden im Thalamus mit Chorea eine Fernwirkung auf die Pyramidenbahn viel schwerer auszuschliessen, als die eines kleinen Herdes im Pons auf die Centralganglien. Da erfahrungsgemäss von der Oblongata an bis zur Rinde coordinirte Krämpfe ausgelöst werden können, stellt K. einige Krankengeschichten, die dies beweisen, aus der Literatur zusammen und bringt sie mit der von ihm vertretenen Theorie in Einklang. Danach können, wenn auch nicht häufig, auch von der Hirnrinde solche Bewegungen ausgelöst werden; also nicht nur vom compakten Pyramidenbündel.

Man hätte sich also das Zustandekommen der fraglichen Bewegungen als von einem Reizzustande des Pyramidenbündels abhängig zu denken, und zwar von einem Reizzustande, der nicht nur in der Gegend der inneren Kapsel vorhanden zu sein braucht, sondern vor Allem auch in der Gegend des Grosshirnschenkelfusses.

E. Hüfler (Chemnitz).

232. **Zur Pathologie des Linsenkerns und der inneren Kapsel**; von Dr. Sommer. (Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u Psychiatrie N. F. IV. p. 305. Juli 1893.)

Eine 44jähr. Frau erlitt plötzlich einen Anfall von Bewusstlosigkeit, nach dem neben Verlust des Gedächtnisses, Doppeltsehen und Gehörschwäche auch eine Sprachlähmung, Lähmung beider Beine und des linken Armes eintraten. Wie die Untersuchung ergab, handelte es sich um eine progressive Paralyse, mit Sprachstörung und Pupillenstarre. Von der Lähmung war nur noch die Lähmung des linken Armes zurückgeblieben und diese bot einige Besonderheiten. Die Finger standen als Ganzes gegen die Mittelhand im Metacarpophalangealgelenk gebeugt, die Phalangen selbst waren gestreckt; es handelte sich also um eine Störung zu Ungunsten des Radialis und um eine Störung zwischen Interossei- und Flexorenwirkung. Der Arm war gegen den Thorax gepresst, der Unterarm rechtwinklig gebeugt; die Hand auch etwas gebeugt. Da die Pareso in den Muskeln des Arms sonst gleich war, so handelte es sich bei einer cerebralen Lähmung also doch um eine einem peripherischen Nervengebiete entsprechende Schädigung.

Bei der Autopsie fand man einen kleinen Erweichungsherd im äusseren rechten Linsenkern, 10 mm lang und 4 mm breit, der in einer Strecke von etwa 0.7 mm die innere Kapsel berührte und sonst im äusseren Linsenkernglied lag. Da nun gegenüber dem Radialisgebiet im Ulnarisgebiet der Spasmus grösser war, so darf man wohl annehmen, dass an der erwähnten Stelle der inneren Kapsel Fasern ziehen, die sich im Ulnaris wieder sammeln, nachdem sie im Rückenmarke anders geordnet wurden. Es würde demnach im Gehirn eine Wiederholung der peripherischen Anordnung der Fasern geben. Da ferner eine absteigende Degeneration nicht bestand, war die motorische Bahn nicht erkrankt. Der Spasmus im Ulnarisgebiete entstand durch den Reiz des Herdes, der eine constante Bewegungsquelle bildete. Jedenfalls sind zur Aufhellung der hier angeregten Fragen noch viele Beobachtungen nöthig. E. Hüfler (Chemnitz).

233. **Ueber allgemeine Gedächtnisschwäche als Folge cerebraler Herderkrankung, mit einem Beitrage zur Lehre von der topischen Diagnostik der Sehhügelläsionen**; von Prof. A. Pick. (Prag. med. Wchnschr. XVIII. 37. 38. 1893.)

Im Allgemeinen nimmt man an, dass gröbere Gedächtnisstörungen, wenn sie nicht rein funktioneller (hysterischer) Natur sind, in atrophischen Vorgängen grösserer Rindenbezirke ihren Grund haben. Jedoch schon Fournier erwähnt une véritable sidération de la mémoire, die man beinahe als ictus amnésique bezeichnen könne. P. erwähnt einen Fall, in dem unmittelbar nach einem leichten apoplektischen Insulte schwere Gedächtnisstörungen auftraten, allerdings auch sonstige, der Paralyse zukommende Veränderungen, Euphorie, psychische Schwäche. Ein zweiter, sonst ganz ähnlicher Fall zeichnete sich ausserdem aus durch das Verhalten des gelähmten Facialis. Während dieser sonst bei Hemiplegischen doch meist für die Willkür gelähmt ist, funktionirt er doch auf psychisch-reflektorische Impulse hin ganz gut. Man ist dann berechtigt, anzunehmen, dass der Sehhügel mit seinen Bahnen noch intakt sei. In diesem Falle blieb auch beim Lachen u. s. w. der gelähmte Facialis unbeweglich; es musste also hier der Sehhügel afficirt sein. Von der Gedächtnisstörung selbst war im zweiten Falle nicht so sicher nachzuweisen, ob sie direkt sich an einen apoplektischen Insult angeschlossen hatte. Da sie aber auf eine specifische Behandlung hin ganz beträchtlich sich besserte, so ist man wohl berechtigt, sie auch auf eine Herderkrankung zurückzuführen.

E. Hüfler (Chemnitz).

234. **Ein Fall von isolirtem Sehhügeltumor**; von Dr. E. Masing. (Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 42. 1893.)

Ein 15jähr., früher gesunder Handwerksbursche war vor 2 Monaten an Zittern und Schwäche der rechtseitigen Glieder erkrankt, dann traten Kopfschmerzen, Erbrechen, Sprachstörungen und Doppeltsehen, schliesslich Krämpfe

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

mit Bewusstseinsstörungen hinzu. Die Untersuchung ergab eine Schwächung des Sensorium, leichte Parese des rechten Facialis in allen Zweigen, Parese des rechten Hypoglossus, des rechten Arms und des rechten Beins. Sensibilität auf der ganzen rechten Körperhälfte stark und gleichmässig herabgesetzt. An den Augen leichte Divergenz, Diplopie im ganzen Gesichtsfelde, links Ptosis, sämmtliche vom Oculomotorius versorgten Muskeln beiderseits gleichmässig paretisch. Die gleichen Pupillen reagirten nicht auf Licht, aber bei Accommodation. Keine Stauungspapille. Nach 8 Tagen plötzliche Convulsionen mit tiefem Koma und Tod.

Die *Sektion* ergab zunächst einen enormen Hydrocephalus internus. Der linke Sehhügel war doppelt so gross, als der rechte und ragte in den 3. Ventrikel hinein. Der linke Hirnschenkel war abgeplattet. Der ganze linke Sehhügel erwies sich auf dem Durchschnitte als eingenommen von einem kleinapfelgrossen Tumor, der gegen die Umgebung durch eine membranöse Kapsel sich abgrenzte. Das Gewebe quoll auf dem Durchschnitt vor, war hirnmarkähnlich und zeigte grössere und kleinere Hämorrhagien. Der Tumor wurde nach oben und aussen durch das Corpus striatum begrenzt, nach hinten durch den vorderen Theil der Vierhügel, während er unten unmittelbar auf dem linken Hirnschenkel auflag. Die Oberfläche war etwas höckerig und zeigte den Uebertritt von Gefässen aus den benachbarten Hirntheilen auf den Tumor. Im Aquaeductus Sylvii je 2 symmetrische, in der lateralen Wand liegende, stecknadelkopfgrosse Blutaustritte. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Sarkom.

M. glaubt, dass die Oculomotoriuslähmungen durch die Hämorrhagien im Aquaeductus Sylvii entstanden seien und nicht mit dem Tumor in Zusammenhang gebracht werden dürfen.

Windscheid (Leipzig).

235. **Ein Fall von Ponstumor**; von Dr. Kolisch. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 14. 1893.)

Ein 20jähr. Mann hatte vor 2 Monaten eiterige Lymphdrüsenentzündung am Hals mit zurückbleibender Fistel. Seit 7 Wochen heftige Nackenschmerzen, in's Hinterhaupt ausstrahlend, fortwährender Lidkrampf, auf der linken Körperhälfte Schwäche und Parästhesien. Seit 4 Wochen Schwindel und häufiges Erbrechen. Bedeutende Einschränkung in der Seitwärts-Bewegung der Augäpfel. Beiderseits Parese der Aus- und Einwärtswender, sowie beider Recti superiores. Keine Stauungspapille. Geringe Parese der beiden unteren Facialisäste. Beiderseits Schwerhörigkeit. Sensibilität im linken Trigeminusgebiete vermindert. Beständiger Schwindel, auch bei geschlossenen Augen; die daraus entspringende Gehstörung entsprach der cerebellaren Ataxie. Puls in Rückenlage 80, in sitzender Stellung 120, beim Stehen 150. Links Parese des Arms, weniger des Beins, mit starker Ataxie des linken Arms, schwächerer des Beins. Sensibilität am linken Arm herabgesetzt, ausserdem hier heftige Parästhesien und reissende Schmerzen. Im weiteren Verlaufe zeitweise Glykosurie, Nystagmus, rechtseitige Facialislähmung aller 3 Aeste, Zunahme der Schmerzen auf der ganzen linken Körperhälfte. Tod unter dem Hinzutreten einer Pleuritis.

Die *Sektion* ergab einen Brückentumor zwischen den Frontalebenen des Corpus quadrigemin. post. und des Tuberculum acusticum, in der Hauptsache auf der rechten Seite. Abplattung und Verdünnung der NN. abducens, trigeminus, facialis und acusticus rechts. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Zerstörung der rechten Haubenregion innerhalb des Pons, theilweise Degeneration der rechten Olivenzwischenschicht mit Schwund des Olivenmarkes, Zerstörung beider Abducenskerne, Läsion des rechten hinteren Längsbündels, beider Facialiskerne, weniger der rechten Trigeminuskernregion.

K. fasst den Facialiskrampf als eine Reizerscheinung in Folge von direkter Einwirkung des Tumor auf die Nervenwurzel auf und bespricht im Anschlusse daran die cerebralen Entstehungsmöglichkeiten dieses Symptomes. Die heftigen Schmerzen beruhen auf der Läsion der rechten Schleife und entsprechen den „centralen Schmerzen" Edinger's. Die Hemiataxie endlich bezieht K. auf die Unterbrechung der sensiblen Bahnen in der Brücke. Die übrigen Symptome erklären sich von selbst. Windscheid (Leipzig).

236. **Ueber puerperale Hemiplegien**; von H. Quincke in Kiel. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 3 u. 4. p. 291. 1893.)

Ein sonst gesundes 27jähr. Dienstmädchen bekam unmittelbar nach der Entbindung eine vollkommene Lähmung der linken Körperhälfte. Sprache, Schlucken, Pupillen waren gut. Die Sensibilität der ganzen linken Körperhälfte war gleichfalls herabgesetzt, auch stellten sich reissende Schmerzen ein. Sehr bald magerten auch das linke Bein und der linke Arm ab, im Uebrigen besserten sich Lähmung und Sensibilität, so dass die Kranke wieder gehen und Hausarbeit verrichten konnte.

Qu. ist geneigt, an eine intra partum entstandene Blutung im hinteren Theile der inneren Kapsel zu denken.

Ein ganz ähnlicher Fall war durch Nephritis complicirt und dadurch vielleicht eine grössere Zerreisslichkeit der Gefässe geschaffen.

Ein dritter Fall war hauptsächlich ausgezeichnet durch Contraktur, Schmerzen und Parästhesien, hauptsächlich im Arm, und begann mit Bewusstlosigkeit. Qu. möchte hier eine Cirkulationsstörung mit ganz umschriebener Thrombose annehmen. E. Hüfler (Chemnitz).

237. **Zur Casuistik der akuten primären hämorrhagischen Encephalitis**; von Dr. L. Stembo. (Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 31. 1893.)

Nach einem Ueberblick über die Literatur der Krankheit und einer Schilderung des klinischen und pathologisch-anatomischen Befundes, sowie der Differentialdiagnose theilt St. 4 Fälle eigener Beobachtung mit, in deren keinem die Autopsie gemacht werden konnte. Der klinische Befund stimmte jedoch so überein mit dem Bilde der akuten hämorrhagischen Encephalitis, dass die Diagnose wohl als sicher gelten konnte. Alle 4 Fälle betrafen jugendliche Personen, darunter sogar ein Kind von 4 Jahren. Im letzteren Falle konnte auch eine deutliche Parese der rechten Körperhälfte, jedoch nicht des Facialis, beobachtet werden. E. Hüfler (Chemnitz).

238. **Ueber eine seltene Form der cerebralen Kinderlähmung**; von Dr. Wilh. Koenig. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 42. 1893.)

Das zur Zeit 10jähr. Kind war asphyktisch zur Welt gekommen, war von Anfang an apathisch gewesen, hatte vom 10. Monate an epileptische, vorwiegend linkseitige Anfälle gehabt, war im 7. Jahre nach einem Status epilept. rechtseitig gelähmt gewesen, hatte seitdem nur links gelacht und die Krämpfe vorwiegend rechts gehabt.

Vf. fand ausser Idiotie nur Parese des rechten Mundfacialis, die in der Ruhe wenig, beim Lachen und Weinen stark ausgeprägt war. Beim Anfalle begannen die Zuckungen im Gebiete der Parese, ergriffen dann die rechten Glieder. Nach dem Anfalle Lähmung des Arms, Krampf des Beins für einige Minuten.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Unter 46 hemiplegischen Kindern fand Vf. bei 24 Facialisparese, bei 17 war sie beim Lachen und Weinen deutlich. Möbius.

239. **Einige sonderbare Fälle von Hemiplegie ohne entsprechende Herdleiden im Gehirn**; von Dr. D. E. Jacobson in Kopenhagen. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 3 u. 4. p. 235. 1893.)

J. beobachtete mehrere Kranke, bei denen intra vitam die Diagnose Haemorrhagia cerebri gestellt werden musste und bei denen die Autopsie doch durch keinen Befund die klinischen Symptome erklärte. Zunächst bringt er 3 Krankengeschichten mit Sektionsbericht. Ausser Arteriosklerose im Gehirn fand sich nichts, was man mit der beobachteten Hemiplegie hätte in Zusammenhang bringen können. Er stellt dann aus der Literatur 32 ähnliche Fälle zusammen, aus deren Durchsicht hervorgeht, dass es sich vorwiegend um Personen höheren Alters, über 60 Jahre, dabei handelt. Alle diese Fälle kann man in 2 grosse Gruppen eintheilen, solche, in denen die Hemiplegie anscheinend vorher völlig Gesunde betrifft, und solche, in denen sie zu schon vorhandenen Krankheiten, Urämie, Lungentuberkulose, Pneumonie, Puerperalfieber, Bleivergiftung hinzukommt, oder im Anschluss an eine Autointoxikation, vielleicht vom Darm aus, auftritt. Es wurde nun allerdings in den meisten Fällen eine genaue mikroskopische Untersuchung nicht vorgenommen. Immerhin ist es nicht unmöglich, dass bei makroskopischer Untersuchung allein einmal eine akute Encephalitis übersehen werden kann, wenn auch wenig wahrscheinlich.

Die Ursache der Mehrzahl dieser Hemiplegien scheint doch wohl in Cirkulationstörungen zu liegen, die nach dem Tode natürlich nicht mehr gefunden werden können. Und dabei wird gewiss die Arteriosklerose, bei der ja die verschiedensten Gifte, Alkohol, Lues, Tuberkulose, Gicht als Ursache angenommen werden, eine nicht unwesentliche Rolle spielen. E. Hüfler (Chemnitz).

240. **A contribution to the study of the family form of spastic paraplegia**; by Leo Newmark. (Amer. Journ. of med. Sc. CV. 4. p. 432. April 1893.)

N. theilt folgende höchst interessante Beobachtung zweier Familien mit.

I. Die 15jähr., rechtzeitig geborene Minna S. war von klein auf schwerfällig im Gebrauche ihrer Beine gewesen, hatte mit 18 Mon. laufen gelernt. Gegenwärtig bestanden eine typische spastische Paralyse der Beine, Flexionscontraktur der Kniee, enorm starke Sehnenreflexe auch an den Armen. Der 5jähr. Karl S., ihr Bruder, zeigte dasselbe Bild; die Krankheit hatte sich bei ihm ebenfalls mit 18 Mon., als er laufen lernte, entwickelt.

Die näheren Nachforschungen nach der Familie ergaben nun folgende Eigenthümlichkeiten: Der Grossvater der beiden Kinder, M., ein Deutscher, lebte noch und war vollkommen gesund. Er war 2mal verheirathet, seine erste Frau war die Grossmutter der kranken Kinder. Sie war von Jugend auf taub und geistig entschieden defekt. Sie hatte 3 Kinder: Minna, die Mutter der kranken Minna und Karl S., Carola und August. Letzterer hatte 3 gesunde Töchter. Seine Schwester Minna dagegen hatte sich mit einem Manne verheirathet, der vor der Ehe eine Quecksilberkur durchgemacht hatte. Sie selbst war immer gesund, die Untersuchung ergab aber bei ihr eine ganz auffallende Steigerung aller Sehnenreflexe. Von ihren Kindern waren das 1. gesund, das 2., Louise, 17 Jahre, gesund, aber ebenfalls mit sehr starken Sehnenreflexen behaftet, das 3., Minna, und das 4., Karl, die oben beschriebenen Kranken.

Die Schwester Carola war an K., einen ganz gesunden Mann, verheirathet, hatte genau so wie ihre Schwester Minna sehr starke Sehnenreflexe. Sie hatte 7 Kinder, die folgende Eigenthümlichkeiten darboten: das 1. starb während der Geburt, das 2., Edward K., 15 J., litt an spastischer Diplegie. (Sehr schwere Entbindung durch Kunsthülfe. Vom 2. bis 4. Jahre mehrmals wöchentlich Krämpfe, mit 11 J. Enuresis nocturna. Gegenwärtig bestanden spastische Contrakturen in den Adduktoren, den Kniebeugern und den Fussstreckern. Muskeln zum Theil atrophisch. Patellarreflexe wegen der Contrakturen nicht nachweisbar, rigide Bauchmuskeln, erhöhte Sehnenreflexe an den Armen, Arme im Ellenbogengelenke, Hände im Handgelenke flektirt, an den Fingern choreatische Bewegungen. Die Gesichtsmuskeln und die Zunge gehorchten den willkürlichen Bewegungsimpulsen nur schwerfällig). Das 3. war gesund, das 4., Amelie, 11 J., hatte sehr starke Sehnenreflexe, das 5. gesund, das 6., Mabel, 7 J., hatte an den Armen sehr starke Sehnenreflexe, das 7. war gesund.

Zur besseren Uebersicht der hereditären Verhältnisse dieser Familie möge folgender vom Ref. angefertigter Stammbaum dienen.

Grossvater M., verheirathet mit einer tauben Frau.

Minna (starke Reflexe)	Carola (starke Reflexe)	August
1) gesund	1) gesund	3 ges. Kinder.
2) Louise (starke Reflexe)	2) Edward (spast. Diplegie)	
3) Minna (spast. Paral.)	3) gesund	
4) Karl (spast. Paral.)	4) Amelie (starke Refl.)	
	5) gesund	
	6) Mabel (starke Refl.)	
	7) gesund.	

N. nimmt bei allen Mitgliedern dieser Familie eine „spastische Diathese“ an, die sich in ihrer niedrigsten Stufe in der Erhöhung der Sehnenreflexe zeigt. Die Grundlage der spastischen Diplegie des Edward K. sucht er in einer Erkrankung der Centralwindungen, vielleicht in einer Porencephalie.

II. Der Vater der 2. Familie war ganz gesund, die Mutter ebenso, hatte aber am ganzen Körper sehr starke Sehnenreflexe. Von 11 Kindern lebten folgende 8: 1) James, 16 Jahre. Mit 2 J. Steifigkeit der Beine, zur Zeit gewisse Schwerfälligkeit in allen Bewegungen, leichter Dorsalclonus, starke Reflexe, ohne dass das typische Bild der spastischen Paralyse vorhanden wäre. 2) William, 14 Jahre. Gesund bis zum 7. J., dann zunehmende Steifigkeit der Beine, so dass zur Zeit vorhanden waren: Contrakturen der Kniee, Spasmen der Adduktoren, Pes equinus, enorm starke Sehnenreflexe, Fussclonus, starke Reflexe an den Armen; der Pat. konnte nicht allein stehen. 3) John, 13 Jahre. Mit 4 J. Malaria, im Anschluss daran schleppender Gang. Er zeigte zur Zeit Flexionscontrakturen der Hüfte, der Kniee, Pes equinus, erhöhte Reflexe, leichten Fussclonus. 4) Mary, 11 Jahre. Erhöhte Reflexe an Armen und Beinen, Fussclonus. 5) Frank, 8 Jahre. Enorm starke Sehnenreflexe, Fussclonus. 6) Maggie, 7 Jahre. Starke Patellarreflexe, leichter Fussclonus. 7) Matthew, 3 Jahre. Andeutung von Steigerung der Reflexe. 8) Annie, 8 Monate; soll gesund sein.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Auch in dieser Familie lässt sich also eine ganz entschiedene spastische Diathese nachweisen. N. bekämpft noch die von Fr. Schultze aufgestellte Theorie, nach der die spastischen Paralysen mit schweren, durch Kunsthülfe vollendeten Entbindungen zusammenhingen. Wenn in den oben erwähnten Fällen auch bei einigen die Entbindung sehr schwer war, so hatten gerade die schwer Erkrankten eine ganz normal verlaufene Geburt hinter sich. Windscheid (Leipzig).

241. **Ueber hereditäre Ataxie (Friedreich'sche Krankheit)**; von Prof. H. Senator. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 21. 1893.)

S. beobachtete folgenden typischen Fall der Krankheit.

Der 19jähr. Pat., dessen 32jähr. Schwester seit ihrer Kindheit dieselbe Krankheit hatte, konnte von klein auf schwer gehen: in der letzten Zeit verschlimmerten sich die Beschwerden. Er schwankte stehend bei offenen Augen, bei geschlossenen Augen nahm das Schwanken zu, Pat. drohte nach hinten zu fallen. Der Gang war breitbeinig, unsicher. Nach längerem Gehen oder Stehen trat Schwindel ein. Die Bewegungsfähigkeit der Beine war dabei ganz normal, ihre Muskulatur etwas stärker als normal entwickelt. Sensibilität und Hautreflexe an den Beinen normal, die Patellarreflexe sehr herabgesetzt, mitunter sogar nicht vorhanden. An den Augen geringer horizontaler Nystagmus beim Blicke nach der Seite, sonst nichts Abnormes. An der Zunge gelegentlich fibrilläre Zuckungen. Die Sprache war zögernd, schwerfällig, nicht eigentlich scandirend. Blasen- und Mastdarmstörungen bestanden nicht.

S. stellt diesen Fall als die reinste Form der Friedreich'schen Krankheit hin und wendet sich gegen die Ansicht, dass die Krankheit eine combinirte Systemerkrankung des Rückenmarks sei. Sie ist vielmehr als eine durch familiäre Anlage bedingte, congenitale Atrophie des Kleinhirns, wahrscheinlich auch des Rückenmarks und der Medulla oblongata aufzufassen. Die bei Friedreich'scher Krankheit unzweifelhaft beobachteten Veränderungen im Rückenmarke sind erst sekundärer Natur und erklären sich daraus, dass ein von vorn herein mangelhaft entwickeltes Rückenmark sehr leicht zu entzündlichen und degenerativen Erkrankungen neigt. Durch die hinzutretende Rückenmarksveränderung wird dann das typische Bild der reinen Friedreich'schen Krankheit complicirt, es treten verschiedene Erscheinungen dazu, die man nicht als zum eigentlichen Krankheitsbilde gehörig betrachten darf. In dem Falle S.'s sind noch keine derartigen sekundären Rückenmarksymptome vorhanden; höchstens könnte die starke Abschwächung der Patellarreflexe darauf hindeuten. Um so werthvoller ist deswegen der Fall zur Beurtheilung des reinen Krankheitsbildes.

Windscheid (Leipzig).

242. **Zur pathologischen Anatomie der Chorea chronica progressiva hereditaria**; von Prof. H. Oppenheim und Dr. H. H. Hoppe. (Arch. f. Psych. u. Nervenhkde. XXV. 3. p. 617. 1893.)

Vff. stellten die Untersuchung in 2 Fällen von hereditärer Chorea an. Es handelte sich um eine 56jähr. Frau, bei der die Erkrankung etwa 16, und um einen 75jähr. Mann, bei dem sie etwa 5 Jahre bestanden hatte. Psychische Störungen und Lähmungen waren nicht vorhanden gewesen. Schon makroskopisch fand man in beiden Fällen Veränderungen; Atrophie der Windungen, besonders der Centralwindungen, des oberen Scheitel- und des Hinterhauptlappens. Bei der Frau fand sich sodann Hydrocephalus externus, beim Manne Pachymeningitis interna haemorrhagica membranacea. Mit den Meningealveränderungen, Hydrocephalus externus und Pachymeningitis ist ätiologisch nicht viel anzufangen, da diese Zustände bei zu vielen verschiedenen Erkrankungen vorkommen.

Es fanden sich aber nun ausserdem Veränderungen, die von Bedeutung sind. Vor Allem bei beiden Kranken besonders im Gebiete der Centralwindungen und des Paracentrallappens miliare Herde, Reste einer disseminirten Encephalitis mit Ausgang in Sklerose. Diese Herde bestanden auch an anderen Stellen, auch im Centrum semiovale. Dann fand man eine Atrophie der kleinen runden Zellen an der Grenze von erster und zweiter Rindenschicht, ferner verstreut, besonders in der Umgebung von Gefässen, sklerotische Gewebetheile. Endlich bestanden auch im Rückenmarke und in den Nerven Veränderungen. In beiden Fällen fand man, besonders in der Gegend der Vorderseitenstränge, Glia- und Bindegewebewucherung, Gefässvermehrung, mässige Faseratrophie, jedenfalls Veränderungen nicht systematischer Natur, sondern von Neuroglia und Gefässen ausgehend. Im 2. Falle bestanden diese Veränderungen auch in den Hintersträngen. Auch verschiedene peripherische Nerven waren degenerirt.

Als wesentlicher Befund bei der Chorea chronica progressiva hereditaria würde also eine miliare disseminirte Encephalitis corticalis et subcorticalis zu verzeichnen sein mit sekundärer Rindenatrophie.

E. Hüfler (Chemnitz).

243. **Sections from the Rolandic regions of the brain from five cases of death with chorea, showing lesions of the larges pyramidal cells of the cortex**; by Turner. (Transact. of the pathol. Soc. of London XLIII. p. 8. 1892.)

T. hat das Gehirn von 5 an akuter Chorea verstorbenen Patienten untersucht und dabei durchweg Veränderungen an den grossen Pyramidenzellen der Centralwindungen gefunden. Die Veränderungen bestanden vornehmlich in Schwellung der ganzen Zellen mit Verdickung und Anhäufung des Protoplasma und sehr undeutlicher Kernbildung. Diesen Befund bringt T. in Zusammenhang mit dem ganzen Wesen der Chorea, das auf eine anatomische Erkrankung der Rinde hindeute. Er sieht in den gefundenen pathologischen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Veränderungen der Pyramidenzellen die eigentliche Ursache der Chorea.

Windscheid (Leipzig).

244. **On the microbic origin of chorea**; by Charles L. Dana. (Amer. Journ. of med. sc. Jan. 1894.)

D.'s Kranker war ein 34jähr. Mann aus gesunder Familie, der im 10. Jahre schweren Gelenkrheumatismus und in der Folge mehrere Rückfälle dieser Krankheit durchgemacht hatte, im 15. Jahre zuerst von Chorea ergriffen worden war und seitdem alle 2 oder 3 Jahre 5 bis 6 Monate daran gelitten hatte. Die Choreabewegungen waren heftig und hatten den gewöhnlichen Charakter, nur traten in der letzten Zeit opisthotonische Bewegungen in den Vordergrund. Herz gesund, keine Seelenstörung, kein Fieber. Der verzweifelnde Kr. versuchte, sich den Hals abzuschneiden. Er wurde zunächst gerettet, aber einige Wochen später starb er plötzlich.

Die *Sektion* ergab ausser geringen nephritischen Veränderungen folgende Erkrankung des Gehirns. Die Pia war über der Scheitelgegend der Hemisphären verdickt und zum Theil mit dem Hirn verwachsen, am meisten über den Centralwindungen und den oberen Parietalwindungen. Bei mikroskopischer Untersuchung der Gehirnrinde dieser Stellen fand man kleine hyaline Körperchen hauptsächlich in den oberen Schichten, Sie waren rund, durchscheinend, färbten sich nicht, in ihrem Mittelpunkte schien ein Kern zu sein. Hier und da glaubte man eine hyalin entartete Pyramidenzelle zu sehen. Die Mehrzahl der Nervenzellen aber war wohlerhalten. An Stellen der Hirnrinde, über denen die Pia nicht erkrankt war, fand man die hyalinen Körperchen nicht. Dagegen zeigten sich einzelne von ihnen in der äusseren Kapsel und im Linsenkern. Pons und Oblongata schienen normal zu sein. Dagegen waren an den Austrittstellen der Hirnnerven Pia und Gefässe verdickt.

Bei der bakteriologischen Untersuchung wurden an der Innenseite der weichen Hirnhäute einige Diplokokken, die an den Diplococcus lanceolatus erinnerten, gefunden.

D. betont, dass dieser seltene Fall die Ansicht von der infektiösen Art der Chorea Sydenham's unterstützt.

Möbius.

245. **Ueber akute Polymyositis und Neuromyositis**; von Prof. H. Senator. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 39. 1893.)

Neben der akuten, primären Myositis giebt es wohl auch eine der Neuritis nahestehende Muskelerkrankung, die als Neuromyositis bezeichnet worden ist. Jedoch sind über das Verhältniss beider zu einander noch weitere Untersuchungen anzustellen.

Den wenig zahlreichen Fällen akuter Polymyositis kann S. 2 weitere anreihen.

Im ersten Falle handelte es sich um einen an Diabetes leidenden 50jähr. Mann, der ziemlich plötzlich mit Schmerzen in beiden Unterschenkeln erkrankte. Diese waren auch auf Druck sehr empfindlich. Bald wurden auch die Oberschenkel ergriffen, es trat Fieber auf; dann wurden die Arme und der Thorax schmerzhaft, auf der Haut entstanden blaurothe Flecke, das Sensorium wurde unklar. Der Urin enthielt Spuren von Eiweiss und etwa 6% Zucker. Die Oberschenkel- und Oberarmmuskulatur schien geschwollen und hart zu sein. Der Tod erfolgte durch Athemlähmung. Da die Autopsie nicht gestattet wurde, konnte nur ein Stück aus dem rechten Biceps brachii genommen werden. Unter der Haut befand sich serös-eitrige Flüssigkeit, im Muskel nicht. Die Untersuchung ergab nun eine sehr starke interstitielle Myositis, dazwischen wohl auch kleine seropurulente Herdchen und grössere Anhäufungen von Rundzellen. Gregarinen oder sonstige Mikroparasiten fand man nicht. Mit dem Diabetes die Affektion in Beziehung zu bringen, war nicht angängig; es handelte sich eben um eine primäre akute Polymyositis.

Der zweite Fall betraf einen 40jähr., bis dahin ganz gesunden Mann. Er verlief genau so wie der 1., nur endete er mit Genesung nach 8 Wochen. Hier führte der Kranke selbst das Leiden auf den Genuss verdorbener Krebse zurück. Trichinose konnte wohl mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Für die Unterscheidung zwischen Polymyositis und Neuromyositis kommen vor Allem die bei letzterer auftretende Druckschmerzhaftigkeit des Nerven, die Anästhesie und die Muskelatrophie in Betracht, die ersterer fehlen, während Oedem und Schwellung grade der Polymyositis eigen sind.

E. Hüfler (Chemnitz).

246. **Ueber Diplegia facialis (Prosopodiplegie)**; von R. Stintzing. (Münchn. med. Wochenschr. XL. 1. 2. 1893.)

St. theilt zunächst folgende beiden Fälle von doppelseitiger Facialislähmung mit.

1) Ein 16jähr. Mädchen erwachte, nachdem sie 8 Tage lang an Schmerzen in beiden Ohren gelitten hatte, mit einer Lähmung der rechten Gesichtshälfte, zu der nach einigen Tagen auch eine Lähmung der linken dazutrat. Das Gesicht zeigte einen maskenhaften Ausdruck; links eine Spur Bewegung möglich. Gaumensegel nur minimal bewegungsfähig, Reflexe bei Berührung der Conjunctiva oder Stechen der Gesichtshaut ganz aufgehoben. Elektrisch normale Reaktion. Nach wenigen Tagen völlige Heilung.

St. hält die Diplegie für peripherischen Ursprungs, der Sitz muss wegen der Gaumensegellähmung oberhalb des Ganglion geniculi sein.

2) Ein 26jähr., früher gesunder Mann, erkrankte an Schling- und Sprachbeschwerden, wozu eine doppelseitige Gesichtslähmung trat. Starke Geschmackstörung auf den vorderen Theilen der Zunge; das Gaumensegel hing rechts tiefer als links, wurde unvollkommen bewegt; Ohrensausen. Die ganze Körpermuskulatur sehr dürftig, Muskelkraft bedeutend herabgesetzt, während Pat. früher sehr muskulös gewesen sein wollte. An den Gesichtsmuskeln totale Entartungsreaktion. Durch eine energische Schmierkur sehr rasche Besserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Wiederkehr der willkürlichen Bewegung in einigen Gesichtsmuskeln.

St. nimmt als Ursache in diesem Falle eine Kernlähmung luetischen Ursprunges an. Die allgemeine Muskelschwäche erklärt er durch eine Fernwirkung, vielleicht auch durch eine vorübergehende Cirkulationstörung in den Pyramidenbahnen. Die Geschmackstörung beruht auf einer gleichzeitigen Läsion des sensiblen Trigeminuskernes.

St. bespricht hierauf in sehr ausführlicher Weise die Pathologie der Diplegia facialis und trennt von einander die cerebrale oder supranucleäre, die bulbäre oder nucleäre und die peripherische oder subnucleäre Form unter genauer Berücksichtigung der einschlägigen Literatur.

Windscheid (Leipzig).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

247. **Ueber isolirt im Gebiet des N. peroneus dexter superficialis auftretende klonische Krämpfe der Mm. peroneus longus et brevis;** von Prof. M. Bernhardt. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 17. 1893.)

Bei einem 11jähr., aus einer neuropathischen Familie stammenden Jungen bestanden, nachdem früher offenbar schon choreatische Erscheinungen vorhanden gewesen waren, seit circa ½ Jahre fortwährende, in der Minute sich 130—140mal wiederholende Contraktionen in den Mm. peronaeus longus und brevis. Die Zuckungen hielten sowohl im Schlafe an, als auch während des Gehens und Stehens, hörten aber auf, wenn entweder die betroffenen Muskeln stark faradisch gereizt oder ihre Sehnen hinter dem äusseren Knöchel festgedrückt wurden. Dafür traten dann aber schwache Zuckungen im M. quadriceps auf. Im Uebrigen war an dem Knaben nichts Abnormes zu finden. Durch energische psychische Beeinflussung gelang es, die Krämpfe zum Verschwinden zu bringen. B. hält daher den Zustand für hysterisch.

Windscheid (Leipzig).

248. **Periodic paralysis with the report of a case;** par Charles W. Burr. (Univ. med. Mag. V. 11. p. 836. 1893.)

Ein hereditär nicht belasteter, sonst gesunder 30jähr. Mann war seit seinem 10. Jahre Anfällen unterworfen, in denen er Nachts plötzlich von Schmerzen in den Gliedern befallen wurde und die Glieder bedeutend an Kraft verloren. Der Kr. konnte nur noch etwas die Hand bewegen, war aber nicht mehr im Stande, zu stehen, und hatte fast gar kein Gefühl an Armen und Beinen. Dieser Zustand hielt mehrere Tage an, dann erfolgte wieder vollkommene Wiederherstellung.

B. sah den Pat. am 2. Tage nach Beginn eines solchen Anfalles und fand eine Parese der linken Glieder, ohne Contrakturen, den linken Patellarreflex erloschen, den rechten ganz schwach. Nach wenigen Tagen war die Hemiparesis wieder verschwunden.

B. vermag keine Erklärung für diese Anfälle zu geben, und hält eine Autointoxikation für am wahrscheinlichsten.

Windscheid (Leipzig).

249. **Contribution à l'étude clinique des rapports de l'impaludisme et de l'alcoolisme;** par le Dr. E. Marandon de Montyel. (Ann. méd.-psychol. 7. S. XVIII. 3. p. 353. 1893.)

Die Malaria bewirkt nach Vf. vollständige Widerstandslosigkeit gegen Alkohol. Ein vorher gesunder Mensch, der durch den Durst des Fiebers sich zu mässigen Trinkausschreitungen verführen lässt, ist der Gefahr des Alkohol-Delirium ausgesetzt. Der von Säufern Abstammende, der ursprünglich eine ungewöhnliche Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol besitzt, büsst diese schon beim 1. Malaria-Anfalle zum Theil ein und verfällt, wenn er weiter trinkt, bald dem Delirium. Der neuropathisch Belastete mit abnorm geringer Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol unterliegt dessen Einflüssen, wenn er malariakrank ist, nicht nur sehr rasch, sondern ist auch einem besonders schweren, u. U. zu Demenz führenden Alkohol-Irresein ausgesetzt. Je häufiger die Malaria-Anfälle wiederkehren, um so geringer wird bei Allen die Fähigkeit, Alkohol zu ertragen. Auch in den Zwischenzeiten, die zuweilen sehr lang sind, besteht diese Schwäche fort und erst dann, wenn die Malaria ganz verschwunden ist, kehrt das normale Verhalten wieder. Auch der an Dipsomanie Leidende verliert durch Malaria seine Widerstandsfähigkeit. Endlich kommt eine bis dahin latente Anlage zum Alkoholismus zuweilen durch die Malaria zur Ausbildung.

12 Krankengeschichten begleiten die Arbeit. Meist handelt es sich um in Afrika erworbene Fieber.

Möbius.

250. **Sur une forme circulaire de la neurasthénie;** par le Dr. Paul Sollier. (Revue de Méd. XIII. 12. p. 1009. 1893.)

S. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Fälle von „Neurasthenie", in denen Zeiten der Depression mit solchen übermässiger Lebhaftigkeit wechseln. In jenen erscheint der Kr. als gewöhnlicher Neurasthenischer, er hat ungefähr dieselben Beschwerden wie dieser, ist schlaff, muthlos, hat Kopfdruck, Magenbeschwerden, schläft schlecht u. s. w. Allerhand wird versucht, endlich naht das Ende der depressiven Zeit und wenn nun der Kr. gerade eine Kur braucht, hat diese glänzenden Erfolg. Der Kr. fühlt sich wie neugeboren, gesunder als je, er ist muthvoll, energisch, arbeitet rasch und viel u. s. w. Die Dauer der einzelnen Perioden ist sehr verschieden (eine Reihe von Tagen, ein halbes Jahr und mehr) und auch die Stärke der Symptome wechselt sehr. Anscheinend werden im Laufe der Jahre die Zufälle schwerer, die Leistungsfähigkeit des Kr. nimmt mehr und mehr ab, da er sowohl während der Depression als während der Erregtheit nichts Ordentliches mehr zu Stande bringt. Vielleicht kommt es schliesslich zu einer dauernden Abnahme der geistigen Fähigkeiten. [Die Schilderung des Vf.'s ist ganz richtig, aber in Wahrheit handelt es sich doch eben nicht um „Neurasthenie", sondern um die leichtesten Formen des cirkulären Irreseins. Auch kommt nicht nur dieses im Bereiche der Nervosität vor, sondern wir finden hier alle Formen des intermittirenden Irreseins sozusagen en miniature wieder. Das Wort Neurasthenie dient mehr zum Verdunkeln als zum Aufhellen. *Ref.*]

Möbius.

V. Innere Medicin.

251. **Ueber Influenza.** Zusammenstellung von Dr. Heinrich Schmidt in Leipzig. (Vgl. Jahrbb. CCXXXIII. p. 241.)

Epidemiologisches und Contagiosität.

1) *Die Influenza-Epidemie 1889—90;* von Leyden u. S. Guttmann. Im Auftrage des Vereins für innere Medicin in Berlin. (Wiesbaden 1892. J. F. Bergmann. 30 Mk.)

2) *Sur l'enquête concernant l'épidémie de grippe de 1889—90 en France;* par A. Proust. (Bull. de l'Acad. XXVII. 15. 1892.)

3) *L'influenza. Origine et acceptions diverses de cette parole. Série chronologique des épidémies d'in-*

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

fluenza en Italie. La grande épidémie de 1580; par Alfonso Corradi. (Arch. ital. de Biol. XIV. 1 et 2. 1890.)

4) *L'influenza en Italie pendant l'hiver de 1889—90;* par Alfonso Corradi. (Ibid. p. 17.)

5) *Die Influenza-Epidemie vom Winter und Frühjahr 1891—92 im Grossherzogthum Hessen.* (Darmstadt 1893.)

6) *On the influenza epidemic of 1892 in London;* by F. A. Dixey. (Brit. med. Journ. Aug. 13. 1892.)

7) *Some notes on the present epidemic of influenza;* by Allen Greenwood. (Boston med. and surg. Journ. April 30. 1891.)

8) *Influenza in Guernsey 1890;* by John Alkman. (Glasgow med. Journ. XXXIII. 6. p. 411. 1890.)

9) *L'épidémie de grippe observée à l'hôpital militaire à Guelma, en Janvier 1890;* par Marty. (Gaz. des Hôp. LXV. 94. 97. 100. 1892.)

10) *The third year of the influenza epidemic;* by J. B. Ayer. (Boston med. and surg. Journ. June 2. 1892.)

11) *Influenza in 1893;* by Peter Eade. (Lancet II. Sept. 30. 1893.)

12) *On influenza in Jersey;* by Andrew Dunlop. (Glasgow med. Journ. XXXIII. 6. p. 416. 1890.)

13) *The influenza epidemic of 1890 at H. M. Convict prison, Borstal, Rochester;* by Thomas Tannahill. (Ibid. p. 401.)

14) *Zur Influenzafrage;* von Kleist. (Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 21. 1892.)

15) *Epidemic influenza. Notes on its origin and method of spread;* by Richard Sisley. (London 1891. Longmans and Co. 149 pp.)

16) *De la contagiosité de l'influenza d'après Richard Sisley;* par le Dr. Aigre. (Ann. d'Hyg. publ. XXVII. 6. 1892.)

17) *Die Bewegung der Bevölkerung im Königreiche Sachsen während des Jahres 1890;* von Arthur Geissler. (Ztschr. f. d. königl. sächs. statist. Bureau XXXVIII. 1 u. 2. 1892.)

18) *Die Influenza-Epidemie des Jahres 1889—90 und ihre Rückwirkung auf die Geburtenziffer;* von Max Stumpf. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 26. 27. 1893.)

19) *L'influenza negli animali e suoi rapporti col grippe nell'uomo;* per Zambelli. (Udine 1890.)

Der Sammelbericht, den Leyden und S. Guttmann (1) im Auftrage des Berliner Vereins für innere Medicin über die Influenza-Epidemie von 1889—90 herausgegeben haben, ist ein grossangelegtes und äusserst inhaltreiches Werk. Er ist durch die Verarbeitung von 6000 Fragebogen entstanden, die aus allen Theilen Deutschlands beantwortet einliefen, und stellt einen stattlichen Folioband dar, in vorzüglichster Ausstattung, mit zahlreichen Tabellen und Karten. Er beginnt mit einer Literatur-Uebersicht (von A. Würzburg) und einer allgemeinen Statistik (von C. Rahts). Sodann bespricht G. Lenhartz den Gang der Epidemie von 1889—90, J. Wolff den von 1891—92. Ribbert behandelt die pathologische Anatomie und Bakteriologie, L. Riess die Symptome des Verdauungsapparates, W. Zülzer die Nervenkrankheiten und die Symptome der Haut, Franz Stricker die Mit- und Nachkrankheiten im Allgemeinen. Litten bespricht die Pneumonie, Lazarus die Affektionen des Kehlkopfs, Horstmann die Krankheiten des Auges, Hartmann die der Ohren und Nase, Jastrowitz die Psychosen. Zusammenfassende Bemerkungen über den Charakter der Epidemie, über Incubation, Immunität, Prophylaxe und Wesen der Krankheit (von A. Hiller) beschliessen das Werk. Als Anhang sind endlich beigegeben: Beobachtungen bei Kindern von A. Baginsky und Beobachtungen in Gefängnissen von A. Baer. Auf einige dieser Monographien wird später näher eingegangen werden.

Eine ähnliche Enquête, wenn auch in bescheidenerem Umfang, wurde von der Académie de Médicine in Paris unternommen, und A. Proust (2) erstattete über ihr Ergebniss in der Sitzung vom 12. April 1892 Bericht. Wie schon früher erwähnt wurde, trat die Influenza auf französischem Boden zuerst in Paris auf (um den 26. November 1889), und zwar unter dem Personal im Magasin du Louvre. Sehr bald zeigte sie sich bei den Beamten des Telegraphen-Centralbureau, dann im Magasin du Petit Saint-Thomas, au Bon-Marché. In diesen, sowie in der École polytechnique, École de Saint-Cyr und einigen Kasernen erkrankten „fast alle Individuen". Sehr bald ging die Seuche in die Provinz über, und zwar immer zunächst in die grossen Städte, dann in die kleinen Städte, dann auf das Land. Die Zunahme der Sterbeziffer begann:

15. Dec. in Paris,
16. „ „ Le Mans, Avignon,
18. „ „ Boulogne-sur-Mer, Nancy,
20. „ „ Nantes,
21. „ „ Saint-Quentin, Saint-Denis, Versailles,
22. „ „ Reims, Orléans.
25. „ „ Toulon, Marseille,
27. „ „ Roubaix, Troyes, Nîmes,
28. „ „ Le Havre, Béziers, Dijon,
29. „ „ Rouen, Tours,
30. „ „ Calais, Limoges, Nizza,
1. Jan. „ Amiens, Lyon, Bordeaux,
2. „ „ Besançon, Grenoble, Montpellier u. s. w.

Ueber die *2. neuere Influenza-Epidemie,* die von 1891—92, liegen mehrere Berichte vor. Dem von Julius Wolff (in dem Sammelwerke des Berliner Vereins für innere Medicin p. 63) entnehmen wir folgende Darstellung. Nachdem die Seuche auf ihrem ersten grossen Zuge, von Ende 1889 bis Mitte 1890, ziemlich die ganze bewohnte Erde, und zwar im Wesentlichen *von Osten nach Westen,* durchschritten hatte, erlosch die Krankheit an vielen Orten nicht vollständig, sondern bildete hier und da kleine Lokalepidemien, die meist keine Neigung hatten, sich auf die Umgebung auszubreiten, sondern einen rein örtlichen Charakter bewahrten. Dieses Bild änderte sich zu Beginn des Jahres 1891 insofern, als an einem Punkte der Erde, und zwar im südlichen Theile der Vereinigten Staaten von Amerika, die Influenza sich zu einem neuen Beutezuge anschickte. Ihr Vorgehen hatte jetzt eine ausgesprochene Tendenz *von Westen nach Osten* und zeigte eine weit geringere Beschleunigung. Anfang 1891 wüthete die Krankheit zunächst in New Orleans, ging dann auf Washington, Chicago und Buffalo über und trat

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

um die Mitte des März in Ohio, Pennsylvanien, Kentucky und Virginien auf. Ende dieses Monates erreichte sie New York und hauste in diesem Staate bis Ende April 1891 in erschreckender Weise, stärker und anhaltender, als in der 1. Epidemie. Mit Umgehung Irlands erschien sie hierauf an der Ostküste von England und breitete sich bis zum August durch die ganze Insel aus. Als Eingangspforte wird von den englischen Berichterstattern diesmal mit aller Bestimmtheit Hull genannt. Von England aus ging ihr Weg einerseits nach Scandinavien, Dänemark und Russland, andererseits in südlicher Richtung nach Portugal, Spanien und Frankreich. In Petersburg begann sie bereits im August 1891, nahm in den folgenden Monaten an Stärke zu und war im November durch die ganze Stadt verbreitet. Von da strahlte sie nach Südrussland aus und zeigte sich in den ersten Tagen des Decembers in Odessa, Anfang Januar 1892 in Konstantinopel. Ein anderer Radius führte nach Polen, Deutschland, Böhmen und Italien. In Berlin begann sie um den 10. November zuerst im Norden und Nordosten der Stadt, später auch die anderen Stadttheile befallend. Bis zum 5. December wurden etwa 40000 Erkrankungen beobachtet.

In das *Grossherzogthum Hessen* drang die Influenza, wie ein nach den Beobachtungen der Kreisgesundheitsämter abgefasster Bericht (5.) angiebt, von 2 Seiten ein: einmal von Frankreich, andererseits von Osten her, vielleicht schon im December 1891, in stärkerer Weise aber erst im Januar 1892. Der Verlauf der Epidemie war diesmal langsamer, als beim 1. Male, so dass ihre Dauer auf mindestens 8 Monate berechnet werden muss. Auf die Einzelheiten des sorgfältigen Berichts kann hier nicht eingegangen werden.

Nach Dixey (6) herrscht die Influenza in *London* seit Ende des Jahres 1889 ununterbrochen; man kann aber doch deutlich 3 gesonderte Epidemien unterscheiden: die erste erreichte ihren Höhepunkt in der 3. Woche des Januar 1890, die zweite in der 3. Mai-Woche 1891, die dritte in der 3. Januar-Woche 1892. Die sehr genauen Untersuchungen, die D. über Witterungsverhältnisse, Complikationen, Vertheilung der Todesfälle auf Alter und Geschlecht gemacht und in übersichtlichen Tabellen geordnet hat, müssen im Originale eingesehen werden. Interessant ist eine Gegenüberstellung der Mortalität von 4 Influenza-Epidemien mit 4 Cholera-Epidemien. Es starben in London:

1) *an Cholera*

1832	5275	Menschen	oder	3517	auf 1 Million Einwohner.
1849	13611	„	„	5920	
1854	10708	„	„	4280	
1866	5572	„	„	1791	

2) *an Influenza*

1847/48	5250	Menschen	oder	2390	auf 1 Million Einwohner.
1890	2800	„	„	666	
1891	5800	„	„	1380	
1892	8000	„	„	1860	

Für die *Contagiosität* der Krankheit liegen wieder mehrere sehr auffallende Beispiele vor. Dunlop (12) erzählt unter Anderem Folgendes:

In einem Mädchen-Pensionate befanden sich 46 Zöglinge. Durch eine Lehrerin, die krank aus den Weihnachtsferien kam, wurde die Influenza eingeschleppt. Von den Mädchen erkrankten 21, und zwar (mit Ausnahme einer Einzigen) nur solche, die in einem gemeinsamen Saale zusammen schliefen. Die Erkrankungen hörten nicht eher auf, als bis der betr. Schlafsaal von den Gesunden geräumt und zum Krankenzimmer umgewandelt wurde. Von den 17 Lehrerinnen, die in einem anderen Stockwerke schliefen, wurden nur 3 befallen, unter den 8 Dienstboten kam nur 1 Fall vor.

Sehr auffallend war auch die Contagiosität bei der Epidemie in dem Zellengefängniss zu Borstal, die Tannahill (13) eingehend beschreibt.

Die Sträflinge befinden sich dort streng isolirt in 4 langgestreckten Corridor-Bauten. Sie kommen miteinander nur während des Gottesdienstes in Berührung; ihre Verbindung mit der Aussenwelt geschieht lediglich durch die Wärter und Officiere. Nachweislich erkrankte zuerst, am 25. December 1889, ein Schulmädchen, die Tochter eines Angestellten, der alsbald auch Influenza-Erscheinungen bekam, seinen Dienst im Gefängniss aber weiter verrichtete. Hierauf wurden noch mehrere andere Beamte befallen. Erst am 30. December kam der 1. Fall unter den Häftlingen vor. Die Krankheit verbreitete sich nun unter diesen sehr allmählich, so dass bis zum 17. Februar von 429 Gefangenen 203 (= 47.3%) ergriffen waren, während von 401 Beamten (mit Angehörigen) 204 (= 50.8%) erkrankten. Von den Inhaftirten starb nur ein Einziger, der an Lungentuberkulose und Fettherz litt. Als Incubationzeit nimmt T. für viele Fälle 48 Stunden an.

Kleist (14) beobachtete folgenden Fall, der ausser einer sehr kurzen Incubations-Dauer auch die Möglichkeit einer Uebertragung durch leblose Gegenstände beweisen könnte.

Ein Schutzmann liess durch seinen 12jähr. Sohn seinen Waffenrock vom Schneider holen und zog ihn an. Schon nach 2 Stunden kehrte er mit heftigem Fieber, Kopf- und Kreuzschmerzen vom Dienst zurück und fand zu Hause seinen Sohn mit allen Zeichen der Influenza vor. Nachforschungen ergaben, dass die ganze Familie des Schneiders, der den Rock ausgebessert hatte, an Influenza darniederlag. Der Schutzmann hatte bereits 3mal Influenza gehabt, befand sich aber zu jener Zeit vollkommen wohl. Kl. nimmt bei ihm eine besonders starke Disposition für Influenza an.

Am schärfsten betont diese Contagiosität Rich. Sisley (15) in seinem Buche und verlangt deshalb, dass die Influenza unter die Krankheiten aufgenommen werde, die nach der „Infectious diseases Act" vom Jahre 1889 in England bei Vermeidung hoher Geldstrafe anzeigepflichtig sind. Er beweist die direkte Uebertragung durch Beobachtungen, die grösstentheils schon in früheren Referaten angeführt sind: offenbare Verbreitung der Krankheit durch den Verkehr, Immunbleiben von abgelegenen Orten, namentlich von Gefängnissen. Er führt an, dass in England von 20 Gefängnissen 7 vollkommen verschont wurden.

Aigre (16) stimmt diesen Ansichten in allen Punkten zu.

Den verderblichen Einfluss, den die Influenza auf die Volksgesundheit ausübt, ersieht man recht deutlich aus dem Jahresberichte des königl. sächs.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

statistischen Bureaus von A. Geissler (17). Im December 1889 zeigte sich ganz unvermittelt eine beträchtliche Zunahme der Sterblichkeit, die im Januar des nächsten Jahres anhielt und in der Folge ebenso unvermittelt abfiel. Im Januar überschritt die Zahl der *täglichen* Todesfälle das Tagesmittel für das ganze Jahr 1890 um 79 Fälle, im August, der sonst die höchsten Zahlen zu haben pflegt, nur um 57. Diese Todesfälle betrafen überwiegend Erwachsene. Während im ganzen Berichtsjahre auf 100 gestorbene Kinder durchschnittlich nur 69 Erwachsene fallen, kamen im Januar auf 100 verstorbene Kinder *130* Todesfälle von Erwachsenen. Namentlich waren es Phthisiker und sonstige Lungenkranke und bejahrte Personen, die der Seuche zum Opfer fielen.

Die Influenza bewirkt aber nicht nur eine Zunahme der Todesfälle, sondern auch *eine Abnahme der Geburten.* Stumpf (18) machte nämlich die auffallende Bemerkung, dass in der Münchener Universitätsfrauenklinik im September und October 1890 bedeutend weniger Geburten zur Beobachtung kamen, als in den früheren Jahren. Weitere Nachforschungen ergaben, dass dieses Minus *durch ganz Bayern* bemerkbar war. Es kamen in Bayern an Geburten (pro Tag) auf den Monat:

	August	September	October	November
1887	547	582	556	553
1888	553	555	524	517
1889	548	592	544	534
1890	549	**583**	**451**	522
1891	573	587	553	536

St. glaubt nicht, dass dieses Deficit an Geburten sich durch Abnahme der Conceptionen in Folge einer „Beschränkung des Zeugungsvermögens" erklären lasse. Denn da die Akme der Influenzaepidemie zwischen Mitte December 1889 und Mitte Januar 1890 fiel, so müsste (die mittlere Dauer der Schwangerschaft zu 280 Tagen genommen) die Abnahme der Geburten erst vom 21. September an bemerkbar geworden sein. Da diese aber thatsächlich um einen ganzen Monat früher eintrat, so erscheint ihm die Minderung der Geburten in Folge einer *Vermehrung der Aborte* wahrscheinlicher.

Anhangsweise sei hier erwähnt, dass nach Zambelli (19) eine influenzaartige Epizootie der Pferde 1889 in den italienischen Distrikten von Cividale, Udine, Treviso und Cadore herrschte. Sie trat hier *eher* auf, als die Menschen-Influenza. In Foggia, Caserta, Capua, Nola und Aversa erschien sie *gleichzeitig* mit der Menschen-Seuche.

Klinisches.

20) *Influenza: its pathology, symptoms, complications and sequels; its origin and mode of spreading, and its diagnosis, prognosis and treatment. II. Edition, much enlarged;* by J. Althaus. (London 1892. Longmans and Co. 407 pp.)

21) *La grippe endémique;* par Ch. Fiessinger. (Semaine méd. XIII. 9. 1893.)

22) *Bericht über die im Winter 1891—92 im Stadtkrankenhause beobachteten Influenzaerkrankungen;* von Wagner. (Jahresber. d. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 126. 1892.)

23) *Clinical observations on epidemic influenza;* by John Ouchterlony. (Amer. Pract. and News XIII. 13. 1892.)

24) *Ueber die gastro-intestinale Form der Influenza;* von Josef Fröhlich. (Wien. med. Wchnschr. XLII. 8. 1892.)

25) *Étude clinique de la grippe à forme typhoïde;* par C. Delezenne. (Revue de Méd. XII. 10. 1892.)

Die Monographie von J. Althaus (20), die bereits in 2. Auflage vorliegt, verdient den Beifall, den sie gefunden, vollauf. Sie giebt unsere gegenwärtigen Kenntnisse über die Influenza in ansprechender Form und mit anerkennenswerther Vollständigkeit wieder. Ein reichhaltiges Literatur-Verzeichniss und ein Autoren- und Sach-Register erhöhen ihre Brauchbarkeit. Als Ursache der Krankheitserscheinungen nimmt A. bei der Influenza einen von den Pfeiffer'schen Bacillen gebildeten eiweissartigen Giftstoff an, das *Grippotoxin.* Wenn dieser einige Zeit (A. nimmt etwa 1—2 Tage an) im Körper cirkulirt hat, so entsteht im Blute des Kranken ein *Antigrippotoxin,* das die Wirkung des Influenza-Virus aufhebt und so Fieber und sonstige abnorme Zustände beseitigt. Ist die Bildung dieses Gegengiftes ungenügend, so dauern die Krankheitserscheinungen an, es kommt zu Complikationen und Nachkrankheiten. Die während der Influenza-Epidemie bei manchen Personen beobachteten schleichenden Störungen des Allgemeinbefindens hält A. für den Ausdruck einer chronischen Vergiftung des Nervensystems mit Grippotoxin. Natürlich entbehren alle diese Anschauungen A.'s einer sicheren Basis, sie finden aber in den bekannten Untersuchungen Klemperer's über Pneumonie eine gewisse Stütze.

Bekanntlich kann sich die Influenza vorwiegend im Unterleibe äussern. Es besteht dann, wie Fröhlich (24) an mehreren Beispielen zeigt, continuirliches Fieber, anfänglich mit Erbrechen, dann kommen Durchfälle, mitunter Milztumor.

Diese gastro-intestinale Form der Grippe kann sogar zu Verwechselungen mit Abdominal-Typhus führen, wie Delezenne (25) behauptet, da zu den angeführten Symptomen auch Meteorismus mit Ileocökal-Gurren, Somnolenz und Delirien hinzutreten können. Selbst ein roseolaartiger Ausschlag wird beobachtet. Vor Irrthum schützt der Temperatur-Verlauf. Das Fieber erreicht bei dieser *typhösen Form* der Influenza, die übrigens fast stets günstig verläuft, den Gipfel meist schon am 1. oder 2. Krankheitstage. Für charakteristisch hält D. auch den schon von Wunderlich beschriebenen Wiederanstieg der Temperatur nach einer vorübergehenden Intermission. Mehrere Curven werden mitgetheilt.

Complikationen.

A. Nervensystem.

26) *Psychosis after influenza;* by Althaus. (Brit. med. Journ. Aug. 20. 1892.)

27) *Mélancholie avec stupeur, suite d'influenza; hypothermie. Autopsie: Méningo-encéphalite infectieuse;* par L. Paret. (Lyon méd. XXIV. 41. 1892.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

28) *Psychosen nach Influenza;* von O. v. Holst. (Berl. klin. Wchnschr. XXVII. 27. 1890.)

29) *Influenza: Notes on a recent epidemic at James Murray's Royal Asylum, Perth;* by Frank Hay. (Brit. med. Journ. May 14. 1892.)

30) *Influenzaepidemie in der Provinzialirrenanstalt zu Göttingen;* von Mucha. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIX. 26. 1892.)

31) *Zur Kenntniss schwerer organischer Hirnleiden im Gefolge der Influenza;* von Fürbringer. (Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 3. 1892.)

32) *On multiple neuritis, encephalitis, and meningitis after influenza;* by James J. Putnam. (Boston med. and surg. Journ. Oct. 13. 1892.)

33) *Sur la myélite grippale;* par Ch. Fiessinger. (Gaz. de Par. LXIII. 38. 1892.)

34) *Parésie des membres inférieures et de la vessie dans l'influenza;* par Liégois. (Progrès méd. XX. 12. 1892.)

35) *Contributo allo studio sull'etiologia della Corea di Sydenham (Corea post-influenza);* per C. Ferrarini. (Sperimentale XLVI. 12. 1892.)

35a) *Chorea following influenza in a woman aged sixty-five;* by Mc Carthy. Lancet I. April 2. 1892.)

36) *Ueber multiple Neuritis und akute aufsteigende Paralyse nach Influenza;* von E. Leyden. (Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 1 u. 2. p. 1. 1894. Vgl. Jahrbb. CCXLI. p. 23.)

Althaus (26) unterscheidet das initiale Delirium (während der Fieberzeit) von den eigentlichen Psychosen, die der Reconvalescenz eigen sind. Diese kommen am häufigsten im mittleren Alter vor (zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre) und dauern meist länger, als die Geistesstörungen nach anderen Infektionskrankheiten, dem Erysipel, der Pneumonie und den akuten Exanthemen. Sie ähneln in ihrem schleppenden Verlaufe am meisten den Psychosen nach Polyarthritis, Malaria und Typhus. Ihre Prognose ist weniger günstig, als die der Psychosen nach Intermittens, Cholera und Rose, immerhin tritt Heilung mindestens in 50% der Fälle ein.

Paret (27) behandelte ein 20jähr., unbelastetes Mädchen, das nach der Influenza Veränderung des Charakters, schlechten Schlaf, Widerwillen gegen Speisen und Ausbleiben der Regel zeigte. Sie verfiel allmählich in völlige Apathie, sprach nicht und musste künstlich ernährt werden. Puls zwischen 100 und 160. Temperatur anfangs nur vorübergehend, später stets subnormal (zwischen 34.5° und 36.5° durchschnittlich; einige Male sogar unter 33.5°!). Keine hysterischen Erscheinungen. Zunehmender Verfall, zuletzt Contrakturen der Beine und Decubitus. Tod etwa 2 Jahre nach Ablauf der Influenza. *Autopsie:* Hirn 1340 g schwer. Hirnhäute über dem Stirn- und Schläfenlappen verdickt, getrübt, aber nicht verwachsen. An Schnitten des Stirn-, Schläfen- und Hinterhauptlappens fand man kleinzellige Infiltration, stärker in der weissen, als in der grauen Substanz. In letzterer drangen die Leukocyten auch in die Obersteiner'schen Räume ein, die Ernährung der Zellen hatte sichtlich gelitten. An manchen Stellen schien es, als seien auch Mikroorganismen in den Hirnschnitten vorhanden, doch spricht sich P. hierüber nur mit Vorsicht aus.

Aus der Binswanger'schen Klinik beschreibt O. v. Holst (28) einen Fall von transitorischem halluzinatorischen Irresein bei einem 17jähr. Knaben und eine Sinusthrombose mit Gehirnerweichung bei einem 20jähr. Mädchen. Die nervös belastete Pat. war kurz vor Weihnachten 1889 an schwerer Influenza erkrankt. Seit der Neujahrsnacht anhaltende Delirien und Nahrungsverweigerung. In der Anstalt zeigte sie sich am 6. Januar 1890 aufgeregt, unklar, schlaflos; Temperatur und Puls waren erhöht. Sehnenreflexe lebhaft, allgemeine Hyperalgesie. Wechselnde Phantasien mit dem Charakter der Erschöpfungs-Delirien. Wegen Nahrungsverweigerung Fütterung mit der Sonde. Trotzdem fortschreitender Verfall. Vor dem Tode, der am 10. Januar erfolgte, noch langsame Beug- und Streckbewegungen des linken Beines.

Sektion: Dura an der Innenseite im Bereiche der Centralwindungen mit dünnen, gelblichen, frisch suggillirten Membranen besetzt. Im Sinus longitudin. und in den Venen über den Centralwindungen beiderseits feste Thromben. Das mediale Viertel der beiden rechten Centralwindungen stark erweicht, schmutzig röthlichgrau. In mehreren Lungenarterien-Aesten lose Thromben.

v. H. hält die Sinusthrombose für eine direkte Wirkung der Influenza, die Lungen-Thromben für eine Folge der Sinus-Thrombose.

In dem James Murray's Asylum wurden nach Frank Hay (29) von den 191 Insassen 55 von der Grippe befallen, die Geisteskranken in viel stärkerem Grade (= 33.6%), als die nicht Geisteskranken (= 22.6% der Patienten). Zwanzig ganz leichte Fälle von „Influenzoid" sind hierbei nicht mit eingerechnet.

Die Angaben Hay's über den Einfluss der Krankheit auf das Gemüthsleben sind leider sehr unbestimmt. Bei 13 Personen war ein Einfluss deutlich bemerkbar. „Einige" wurden aufgeregt, „Einige" deprimirt. Bei einer Patientin zeigte sich sexuelle Erregtheit mit profusen Menses. Todesfälle kamen im Ganzen 4 vor, ausschliesslich unter den Geisteskranken.

Sehr wenig Einfluss auf den psychischen Zustand sah Mucha (30) während der Epidemie in der Göttinger Provinzialirrenanstalt. Es erkrankten von 222 geisteskranken Männern 34, von 138 Frauen 46. Von diesen zeigte 1 Kr. mit schwerer Pneumonie Delirium febrile, eine andere Person mehrere Tage anhaltenden Sopor. Verschlimmerung oder Heilung einer bestehenden Psychose trat nicht ein.

Bemerkenswerth ist, dass die Epidemie in der Anstalt erst am 19. Januar 1892 begann, während die Krankheit in der Stadt schon Anfang December 1891 ausgebrochen war und am Ende dieses Monats ihre Höhe erreicht hatte.

Fürbringer (31) beschreibt mehrere Fälle von schweren organischen Gehirnleiden im Gefolge der Influenza.

1) Bei einem 27jähr. Dienstmädchen traten circa 2½ Wochen nach überstandener Influenza zerstreutes Wesen, Gefühllosigkeit und Schwäche des rechten Armes und Erbrechen ein. Dann Koma und allgemeine Convulsionen. Bei der Aufnahme: Koma mit Jaktation, Zähneknirschen, Incontinenz der Blase. Pupillenstarre, Patellarreflexe erhöht. Temp. 37.4°, Puls 84. Am folgenden Tage wieder Krämpfe. Die Temperatur stieg auf 40.8°, der Puls wurde schwach, die Extremitäten schlaff, die Sehnenreflexe erloschen. Tod. *Autopsie:* In beiden Hemisphären, in der Gegend der Centralwindungen je eine hühnereigrosse, mit Blut und Gewebetrümmern gefüllte Höhle. Ein ähnlicher, wallnussgrosser Herd im rechten Hinterhauptslappen. Weiche Hirnhäute mit Blut überfüllt. Blutungen in verschiedenen inneren Organen.

2) Ein 32jähr., gesunder Kaufmann erkrankte kurz nach einer leichten Influenza mit meningitischen Erscheinungen. Bei der Aufnahme Koma, Incontinenz, gesteigerte Sehnenreflexe. Temp. 36.0°, Puls 76. Am folgenden Tage Fieber, Tachykardie, Abends Tod. *Autopsie:*

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Fast das ganze Gebiet der grossen Centralganglien beiderseits erweicht, mit diffusen Blutungen durchsetzt. Kleinere Herde in Hirnschenkeln, Kleinhirn und Brücke. Bronchopneumonie.

3) Eiterige Meningitis nach Influenza mit Nierenblutungen und einer eigenthümlichen „Dermatomyositis haemorrhagica".

4) Meningitis purulenta.

Im 5. u. 6. Falle entwickelten sich nach Influenza Meningeal- und Cerebralerscheinungen, die nach einiger Zeit verschwanden. Vollkommene Heilung.

Auch Putnam (32) sah im Anschluss an Influenza eine Reihe schwerer nervöser Zustände.

Zunächst war auffallend, dass während der Epidemie in dem Nerven-Ambulatorium des Massachussets General Hospital die Zahl der behandelten Choreakranken um mehr als das Doppelte zunahm. Bei einem jungen unbelasteten Mädchen entwickelte sich während des Influenza-Anfalls typische Epilepsie. Ein 30jähr., kräftiger Mann bemerkte wenige Tage nach einer heftigen Influenza Schwäche und Unsicherheit eines Knies, einige Tage später auch des anderen. Nach Ablauf einer Woche konnte er nur noch an Krücken gehen. Es fanden sich an den Beinen trophische und sensible Störungen, die Patellarreflexe fehlten. Auch geringe Schwäche der Hände und der Augenmuskeln war vorhanden. Noch 3 Monate später bestanden Schwäche, Ataxie, Gefühlsdefekte und ausgesprochener Muskelschwund. — Vielleicht auch mit Influenza in Zusammenhang stand ein Fall von „akuter Ataxie", doch sind hier Zweifel möglich, da sich im Urin des Mannes Arsenik und Blei nachweisen liessen.

Ferner beobachtete P. 3 Fälle von Encephalitis, bez. Meningitis nach Influenza. Der 1. Fall betraf eine 71jähr. Jungfrau, die früher vollkommen gesund war, im December aber an Influenza mit starker Hinfälligkeit erkrankte. Am 3. Februar hatte sie einen kurzdauernden Verlust des Bewusstseins. 3 Tage darauf bekam sie früh 11 Uhr bei klarem Sensorium Krämpfe in der linken Gesichtshälfte. Diese gingen rasch vorüber, nach 20 Minuten kehrten sie aber wieder, diesmal mit leichten Zuckungen im linken Arme. Aehnliche Anfälle wiederholten sich während der nächsten 36 Stunden etwa aller 20 Minuten mit zunehmender Heftigkeit, dann trat Lähmung der ganzen linken Körperhälfte mit Bewusstlosigkeit ein. Pat. erholte sich bald wieder soweit, dass sie ihre Umgebung erkannte, starb aber am folgenden Morgen. Bei der *Sektion* fanden sich Verdickung der Pia und geringe Atrophie der Hirnwindungen (Alterserscheinungen), ferner einige weichere Stellen in der inneren Kapsel und den grossen Ganglien der rechten Seite. Mikroskopisch liessen sich in diesen capilläre Blutungen und Ansammlung von Leukocyten nachweisen.

Der 2. Kr., ein 48jähr., nicht syphilitischer Mann, behielt von seiner Influenza-Niederlage im Januar 1892 Kopfschmerzen zurück. Im April verlor er plötzlich während eines heftigen Nies-Anfalles Sehkraft und Gehör. Letzteres stellte sich rasch wieder her, das Sehen blieb aber beeinträchtigt. Etwa 14 Tage darauf linkseitige Hemiplegie mit erschwerter Sprache, Erscheinungen, die im Laufe einer Woche verschwanden. Als Grund der Sehstörung fand sich doppelseitige Neuritis N. optici mit Schwellung und leichten Blutungen.

In dem 3. Falle, der in seiner Aetiologie etwas zweifelhaft war (es war 11 Jahre vorher eine schwere Schädelverletzung vorausgegangen und die Erscheinungen der Influenza waren nur wenig ausgeprägt) wurde wegen anhaltender Krämpfe die Trepanation vorgenommen. Es fand sich eine eiterige Meningitis. Die Operation war natürlich erfolglos, die Krämpfe kehrten wieder und es trat der Tod ein.

Fiessinger (33) giebt die Beschreibung einer *Myelitis* nach Influenza.

Ein 14jähr. Knabe klagte in der Reconvalescenz über Schwäche und verschiedene Parästhesien in den Beinen. Nach 5 Wochen wurde plötzlich der Gang unmöglich: Die Untersuchung ergab vollständige Lähmung beider Beine, Schwund der Sensibilität bis zum Bauche, Schmerzhaftigkeit der Nierengegend, Patellar- und Plantarreflexe waren aufgehoben. Retentio urinae, hartnäckige Verstopfung, die rasch in Incontinentia alvi überging.

Bald traten Steifigkeit des Nackens und Schwäche der Arme hinzu. Die Temperatur stieg bis 40.4°, an Kreuz und Nates entstand Decubitus, die Haut der Beine, des Scrotum und des Unterleibes wurde runzelig und abschuppend.

Der Tod schien jetzt unvermeidlich; da fiel das Fieber, der Nacken wurde beweglich, die Kraft der Arme kehrte zurück, das Leiden trat in das chron. Stadium. Das Kind lebte 7 Monate nach Beginn seiner Krankheit noch, doch war der Harn eiterig, die Beine waren gelähmt und der Schwund ihrer Muskulatur war nur durch eine ödematöse Verdickung der Haut verdeckt.

Günstiger war der Verlauf in einem ähnlichen Falle von Liégois (34). Ein 27jähr. Mann bekam 2 Tage nach der Influenza Schwäche der Beine und erschwerte Harnentleerungen. Erstere hielt 10, letztere 20 Tage an, dann trat Genesung ein. L. nimmt nur eine Blutüberfüllung des Lendenmarkes an in Folge von Bacillen oder deren Giftstoffen.

Ferrarini (35) u. Mc Carthy (35a) beobachteten als Nachkrankheit der Influenza Chorea minor, Ersterer bei einem 10jähr. Mädchen, letzterer bei einer 65jähr. Frau. Bei dieser traten 4 Wochen nach Ausbruch der Grippe, bevor sich das Allgemeinbefinden recht gebessert hatte, choreatische Bewegungen in den Fingern der rechten Hand, dann im ganzen übrigen Körper auf. Die Sprache war erschwert. Bei dem Gebrauche von *Fowler*'scher Lösung hörten die Zuckungen nach etwa 14 Tagen auf, die erschöpfte Frau konnte sich aber nicht mehr erholen und starb 5 Tage später.

B. Ohr und Parotis.

37) *Acute suppurative Otitis media following la grippe;* by R. D. Barret. (New York med. Record March 25. 1893.)

38) *Note on the effects of influenza upon the middle ear;* by Wm. Dalby. (Lancet I. Febr. 20. 1892.)

39) *Fibrinöse Membranen im äusseren Gehörgange nach Influenza-Otitis;* von Davidsohn. (Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 41. 1892.)

40) *La tuméfaction parotidienne dans la grippe;* par Ch. Fiessinger. (Gaz. de Par. LX. Mars 30. 1889.)

41) *Oreillons et tuméfaction parotidienne dans la grippe;* par Ch. Fiessinger. (Ibid. LXIII. 30. 1892.)

Barret (37) hält an der Influenza-Otitis für charakteristisch die grosse Schmerzhaftigkeit (den „neuralgischen" Charakter derselben) und die Vorwölbung der Membrana flaccida. Diese kann so beträchtlich sein, dass die Membran beutelförmig vor dem Trommelfell herabhängt und einen Polypen vortäuscht. An dieser Stelle erfolgt auch häufig die Perforation. B. glaubt, dass das linke Ohr von der Influenza häufiger ergriffen werde als das rechte [?]. In therapeutischer Beziehung giebt er nichts Neues.

Wm. Dalby (38) betont die schädliche Einwirkung der Influenza auf das gesunde und namentlich das kranke Ohr. Bei Leuten mit alten Trommelfell-Perforationen sah er einige Male bei Ausbruch der Influenza „Septikämie" eintreten. Nähere Angaben fehlen.

Davidsohn (39) sah bei 4 Kranken mit Otitis media unter entzündlichen Erscheinungen und heftigen Schmerzen im äusseren Gehörgange mem-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

branartige Fibringerinnsel entstehen, die sich durch Ausspritzen leicht entfernen liessen.

Ueber bakteriologische Befunde vergl. unter Scheibe (71).

Nach Fiessinger's Erfahrungen (40. 41) kommt bei Influenza zuweilen Entzündung der Parotis vor, meist im Beginne der Krankheit, seltener in ihrem späteren Verlaufe. Sie dauert 1 bis 7 Tage und endigt in Zertheilung. Sie kann auch doppelseitig auftreten. Mitbetheiligung des Ohres wie Lemoine (vgl. Jahrbb. CCXXXIII. p. 243) hat er nie beobachtet.

Merkwürdigerweise kann diese Parotitis auf andere Personen übergehen ohne gleichzeitige Uebertragung der Grippe: ein kleines Mädchen mit Influenza und Mumps steckte seine beiden Brüder nur mit Mumps an. F. hält diese Parotitis für eine Mischinfektion mit einem Mikroorganismus, der erst unter der Mitwirkung des Grippegiftes virulent wird. Hat er eine gewisse Virulenz gewonnen, so kann er dann auch selbständig Parotitis verursachen.

C. Lunge und Herz.

42) *Die Influenzapneumonien;* von Leichtenstern. (Deutsche med. Wchnschr, XVI. 30. 1890.)

43) *Pneumonie in Boston during the recent epidemic of influenza;* by George B. Shattuck. (Boston med. and surg. Journ. May 26. 1892.)

44) *Abscès du poumon consécutif à une pneumonie grippale;* par F. Potier. (Bull. de la Soc. anat. de Par. LXVII. 22. 1892.)

45) *L'Endocardite infectieuse dans la grippe;* par Ch. Fiessinger. (Gaz. de Par. LXII. p. 422. 1891.)

46) *Sur l'aortite aiguë d'origine grippale;* par Ch. Fiessinger. (Ibidem LXIII. 5; Nov. 1892.)

47) *Cardiac asthenia following influenza;* by Burney Yeo. (Lancet I. p. 751. April 2. 1892.)

48) *Notes on two fatal cases of influenza;* by M. H. Spencer. (Lancet I. Febr. 20. 1892.)

49) *Neuralgia of the heart, after influenza, with a fatal case;* by Clair Thomson. (Brit. med. Journ. May 21. 1892.)

Nach Leichtenstern (42) kamen im Bürgerhospitale in Cöln bei 439 Influenzakranken 105 Pneumonien vor (= 24% der Fälle). Davon waren:

1) *Unilobär* (meist fibrinös, zuweilen ausschliesslich oder doch grösstentheils zellig) . . .	28
2) *Multilobär* (meist doppelseitig, anatomisch ebenso wie die unter 1 genannten) . . .	28
3) *Multilobulär* (bald fibrinös, bald zellig) . .	21
4) *Unilobulär* (meist nur klinisch constatirt) .	13
5) *Lobär-lobulär* (bald fibrinös, bald zellig) .	15
zusammen	105

Von diesen 105 Personen starben 32 = 30%.

Neben den „Influenza-Pneumonien" kam aber im Winter 1889—90 auch noch eine grosse Zahl (zusammen 76) von akuten croupösen Lungenentzündungen zur Beobachtung, die *nach der Anamnese* als genuine aufgefasst werden mussten. L. glaubt jedoch, dass auch von diesen mehrere mit der Influenza zusammenhingen, also *primäre Influenza-Pneumonien ohne eigentliche Influenza waren.* Dafür sprach, dass ihre höchste Frequenz mit dem Gipfel der Epidemie (20. December bis 10. Januar) zusammentraf und dass ihr Verlauf, bez. Sektionsbefund oft vollkommen dem der Influenza-Pneumonien glich.

Ganz ähnlich waren nach Shattuck (43) diese Verhältnisse in Boston während des Winters 1891—92.

Potier (44) beschreibt einen Lungenabscess im Anschluss an eine Influenza-Pneumonie.

Ein 32jähr. kräftiger Mann wurde am 29. Mai 1892 mit Influenza und den Zeichen einer rechtseitigen Pneumonie in's Hospital aufgenommen. Auffallend war die ausserordentliche Schmerzhaftigkeit der rechten Brusthälfte. Auswurf reichlich, farblos, mit massenhaften Pneumokokken. Nach 14 Tagen Nachlass des Fiebers und Besserung des Allgemeinbefindens. Sehr bald jedoch neue Verschlimmerung, Fieber, Abmagerung und Verfall der Kräfte. Probepunktionen stets erfolglos. Unter Diarrhöen, Auftreibung des Leibes und Delirien Tod am 21. Juni.

Bei der *Sektion* fand man den rechten Pleurasack in eine grosse Eiterhöhle verwandelt. Der untere Theil der rechten Lunge war eingeschmolzen, die Leber nach unten gedrängt, an ihrer oberen Fläche mit mehreren kleinen Abscessen durchsetzt. Darmschlingen eitrig belegt. Aus dem Eiter konnte nur der Staphylococcus albus und aureus gewonnen werden.

Fiessinger (45) sah bei einem 4jähr. Kinde im Verlauf der Influenza eine akute Endokarditis auftreten, die unter wachsender Cyanose zum Tode führte.

Derselbe Autor (46) beschreibt einen Fall von „akuter Aortitis" als Nachkrankheit der Influenza. Ein 20jähr. Mensch unternahm am 13. Tage nach Beginn der Grippe eine ermüdende Jagdpartie und legte sich Abends mit Frost und Uebelbefinden zu Bett. In der Nacht starke Beklemmung, Druck auf der Brust und Schmerz in der Magengrube. Mühsame Athmung, Cyanose, Anschwellung der Halsvenen. Herzdämpfung in der Breite vergrössert, über der Aorta ein rauhes systolisches und diastolisches Geräusch. Am folgenden Tage höheres Fieber und perikardiales Reiben. Anfälle von Angina pectoris machten Morphium-Einspritzungen nöthig. Nach einer Woche bekam das diastolische Geräusch musikalischen Beiklang. Der Kr. konnte schliesslich das Bett verlassen, blieb aber blass, kurzathmig, zu Schwindel geneigt und behielt alle Zeichen einer ausgebildeten Aorten-Insufficienz.

Auch Yeo (47) sah nach Influenza 2mal Aortenfehler entstehen, ferner einen Fall von Herzschwäche mit Leberschwellung und äusserem und innerem Hydrops bei Dilatation des Herzens ohne Klappenfehler.

Spencer (48) erlebte 2 Todesfälle, die unter dem Bilde der Herzlähmung erfolgten, während post mortem das Herz vollkommen gesund befunden wurde. In dem 2. Falle wurde von Dr. Hewlett vom King's College auch eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung vorgenommen. Auch die übrigen Organe waren (bis auf Bronchitis) gesund. Beide Fälle betrafen Seeleute von 35, bez. 48 Jahren. Ueber etwaiges Potatorium wird nichts gesagt.

Drei Fälle von *Stenokardie* nach Influenza theilt Thomson (49) mit. Der eine von diesen verlief in 20 Std. tödtlich. Es handelte sich um einen 39jähr. Herrn, der sehr stark rauchte und „aussah, als hätte er ein schlaffes verfettetes Herz". Sein Vater war auch an Angina pectoris gestorben. Eine Sektion wurde leider nicht gemacht. Arteriosklerose, Vergrösserung des Herzens, Albuminurie oder Diabetes bestand in keinem dieser 3 Fälle.

D. Weitere Complikationen.

50) *Cases of alarming epistaxis of grippal origin, and dangers of postnasal plugging;* by A. W. de Roaldes. (New York med. Record Oct. 14. 1893.)

51) *Zwei Fälle von Retropharyngealabscess in Folge der Influenza;* von S. Fischer. (Wien. med. Presse XXXIII. 30. 1892.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

52) *L'orchite grippale;* par Fiessinger. (Gaz. de Par. LXIV. 4; Févr. 1893.)

53) *The influence of influenza upon women;* by R. W. Felkin. (Edinb. med. Journ. Febr. 1892.)

54) *Ueber einige durch Influenza bedingte Hauterkrankungen;* von E. Schwimmer. (Wien. med. Wchnschr. XL. 37. 1890.)

55) *A case of influenza with eruption;* by S. G. Robinson. (Boston med. and surg. Journ. June 30. 1892.)

56) *Phlegmasia dolens following influenza;* by Alex. Ducket. (Lancet I. p. 745. April 2. 1892.)

57) *Un cas de phlébites multiples d'origine grippeuse;* par Cimon Orlandos. (Progrès méd. XVII. 9. 1893. — Γαληνός Nr. 32. 1892.)

58) *Considérations sommaires à propos de deux cas de pseudo-hypertrophie musculaire unilatérale des membres inférieurs d'origine grippale;* par Annequin. (Mercredi méd. Nr. 38. 1892.)

59) *Exquisite Spontanfrakturen bei Osteomalacie nach Influenza. Ileus mit seltenem pathologisch-anatomischen Befunde;* von Köhl. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXII. 15. 16. 1892.)

De Roaldes (50) beobachtete 4mal schwere *Epistaxis* im Verlaufe und in der Reconvalescenz der Grippe. Hämophilie oder sonstige constitutionelle Erkrankung war auszuschliessen. In dem einen Falle (7jähr. Mädchen) erfolgte nach Stillung der Blutung der Tod durch Anämie. 2 Personen bekamen eiterige Mittelohr-Entzündung mit beiderseitiger Perforation, da man den hinteren Tampon längere Zeit in den Choanen liegen lassen musste, bei einem kam noch ein Erysipel hinzu.

Zwei *Retropharyngeal-Abscesse* bei Kindern von 11 und 6 Mon. beschreibt Fischer (51) als Nachkrankheit der Influenza. In dem 1. Falle bestand starke Schwellung der perilaryngealen Lymphdrüsen, von denen eine vereiterte. In beiden Fällen trat nach Spaltung des Abscesses rasche Heilung ein.

Fiessinger (52) theilt einen Fall von *Influenza-Orchitis* mit. Ein 9jähr. Knabe bekam am 11. Tage einer „typhösen" Grippe eine akute entzündliche Hydrocele mit Oedem der betroffenen (rechten) Scrotalhälfte. Die Entzündung hielt 5 Tage an und verschwand dann, um 2mal wiederzukehren, das letzte Mal mitten in voller Reconvalescenz. Nach Rückgang der akuten Erscheinungen zeigte sich der Nebenhode hart und verdickt. Es trat schliesslich völlige Genesung ein.

Felkin (53) hat in Afrika Erfahrungen über das Denguefieber gesammelt und hält die Influenza für eine Abart dieser Krankheit, die durch klimatische Einflüsse bedingt ist. Beiden Krankheiten gemeinsam sind das Auftreten von Hautausschlägen, die Neigung zu Rückfällen und die *auffallende Einwirkung auf die weiblichen Geschlechtsorgane.* Von den Frauen, die er an Influenza behandelte, litten fast alle an ovarialen Schmerzen, sehr häufig traten Genitalblutungen auf, mitunter sogar bei 10—12jähr., noch nicht menstruirten Mädchen. Bei Schwangeren sah J. wiederholt Frühgeburt und Abortus.

Die von ihm beobachteten *Exantheme* waren bald masern- und scharlachartig oder glichen der Urticaria.

E. Schwimmer (54) sah bei Influenzakranken von Hautausschlägen:

1) *Herpes,* namentlich Herpes labialis, aber auch einmal Herpes iris oder circinatus mit Erythema iris s. circinatum.

2) *Erytheme:* 3mal Eryth. exsudativum (1mal mit Betheiligung der Gaumen- und Rachenschleimhaut), ferner Rash-Formen mit hohem Fieber und nachfolgender Abschuppung.

3) *Urticaria.*

4) *Morbillöse Ausschläge.*

5) 3mal *Psoriasis vulgaris* bei Individuen, die vorher niemals Psoriasis gehabt hatten.

Ein Exanthem, das mit dem von Schwimmer unter 2 genannten eine gewisse Aehnlichkeit hatte, beschreibt Robinson (55). Ein 19jähr. Arbeiter, der in der Kindheit Masern gehabt hatte, bekam am 2. Tage nach Ausbruch einer Influenza am ganzen Körper, am stärksten an den Beinen, einen masernähnlichen Ausschlag. Am harten und weichen Gaumen waren ganz ähnliche Flecke vorhanden. Die Lymphdrüsen waren geschwollen. Bindehautkatarrh und Schnupfen bestand nicht, wohl aber Bronchitis.

R. wirft die Frage auf: War das Influenza?

Ueber Phlebitis mit Venenthrombose nach Influenza liegen wieder mehrere Beobachtungen vor.

Alex. Ducket (56) sah bei 3 Pat. eine Anschwellung des ganzen linken Beines unter Fieber und Schmerzen entstehen. Das verstopfte Gefäss konnte als harter Strang gefühlt werden. Sehr schwer war der Fall von Orlandos (57). Bei einem 37jähr. Manne, der Influenza mit Pneumonie überstanden hatte, traten unter heftigen Schmerzen am ganzen rechten Beine zahlreiche Hautblutungen auf. Drei Tage später schwoll das Bein stark an und wurde äusserst schmerzhaft, namentlich in der Gegend der Vena saphena und cruralis, und auf der Haut schossen pemphigusartige Blasen auf. Zugleich wurde die Haut des Scrotum und des Bauches bis in die Höhe des Zwerchfelles ödematös und es trat vollständige Harnretention auf, die 3 Monate anhielt (Katheterismus). In den nächsten Wochen erfolgte (zum Theil unter sehr beängstigenden Erscheinungen) 3mal eine Embolie in die Lunge; dann entwickelte sich eine ganz gleiche Anschwellung des linken Beines und zum Ueberfluss auch noch eine Thrombose der rechten Vena basilica. Zudem wurde der Kranke durch andauerndes Erbrechen und hartnäckige Verstopfung gequält. Trotzdem genas er, behielt aber die Neigung zu Anschwellung der Füsse und zu Hautblutungen.

Eine eigenthümliche Deutung giebt Annequin (58) einer Erkrankung, die er 2mal bei Influenza-Reconvalescenten beobachtet hat. Es handelte sich beide Male um Soldaten, junge, kräftige Leute. Der eine hatte eine ziemlich heftige Grippe durchgemacht mit Bronchopneumonie und Pleuritis, der andere hatte kurz vor der Influenza einen schweren Typhus überstanden. Beide bekamen nach Ablauf der fieberhaften Erscheinungen plötzlich unter Schmerzen eine Anschwellung eines ganzen Beines mit Oedem der Haut. Letzteres verschwand ziemlich rasch, es blieb aber eine beträchtliche Verdickung des Ober- und Unterschenkels zurück. Die Kraft des Gliedes war vermindert, sensible Störungen fehlten. Die Besserung des Zustandes war eine sehr langsame und unvollkommene. A. nimmt hier nicht eine Phlegmasie an (anscheinend hauptsächlich deshalb, weil sich beim Herumgehen kein Oedem des Fusses zeigte), sondern eine „Myo-sclérolipomatose hypertrophiante", die sich aus einer infektiösen Myositis entwickelt haben soll. Bei Typhuskranken will er dieselbe Myopathie beobachtet haben. Von einer Begründung seiner Ansicht liest man nichts. [Ref. hat im Verlaufe der Influenza 2mal eine gleiche Anschwellung eines ganzen Beines gesehen. Die betr. Fälle unterschieden sich in nichts von der classischen Phlegmasia alba, wie sie im Puerperium entsteht. Bei dem einen Kranken wurde ausserdem die phlebitische Natur des Leidens durch eine gleichzeitige Thrombose einer Vena cephalica bewiesen (vergl. ferner die Fälle: Jahrbb. CCXXXIII. p. 243).]

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Endlich bringt Köhl (59) einen Fall von *Osteomalacie* mit einer vorausgegangenen Grippeerkrankung in Verbindung.

Eine 49jähr., verwitwete Frau, deren Regel aufgehört hatte, erkrankte im Januar 1890 an Influenza, angeblich mit Anschwellung und Schmerzhaftigkeit beider Beine und des linken Armes. Während des folgenden Sommers trat allmählich Besserung ein. Von Ostern 1891 stärkere Schmerzen, namentlich im rechten Oberschenkel, so dass Bettlage nothwendig ward. April 1892 im Bett Doppelfraktur des linken Oberschenkels, am 26. Mai Bruch des rechten Oberschenkels. Von Anfang Juni an unstillbares Erbrechen, am 22. Juni Tod.

Bei der *Sektion* fand sich ausser den erwähnten noch eine Fraktur des linken Unterschenkels und eine ganz auffallende Brüchigkeit sämmtlicher Knochen, die sich ganz leicht mit dem Messer schneiden liessen. Der Tod war durch einen chronischen Ileus erfolgt.

Bakteriologisches.

60) *Die Aetiologie der Influenza;* von R. Pfeiffer. (Ztschr. f. Hyg. XIII. 3. p. 357. 1893.)

61) *Weitere Mittheilungen über den Erreger der Influenza;* von Pfeiffer und Beck. (Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 21. 1892.)

62) *Beitrag zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der Influenza;* von A. Weichselbaum. (Wien. klin. Wchnschr. V. 32. 33. 1892.)

63) *Die Influenza-Bacillen im lebenden Blute;* von P. Canon. (Virchow's Arch. CXXXI. 3. p. 401. 1893.)

64) *Le bacille de l'influenza (bacille de Pfeiffer);* par Péchère. (Journ. de Méd. de Brux. L. 10. 1892.)

65) *Seconde communication sur le bacille de la grippe;* par Péchère. (Ibid. L. 32. 1892.)

66) *Beobachtungen über das Vorkommen des Pfeiffer'schen Influenzabacillus;* von M. Borchardt. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 2. 1894.)

67) *Eine bakteriologisch-experimentelle Studie über Influenza;* von Friedr. Fischel. (Ztschr. f. Heilkde. XII. 1 u. 2. 1891.)

68) *The relation of bacteria to influenza;* by Henry Jackson. (Boston med. and surg. Journ. Aug. 25. 1892.)

69) *Influenza and the latest bacteriological researches;* by F. J. Thornbury. (New York med. Record June 4. 1892.)

70) *Note sur l'étiologie de la grippe;* par Ch. Fiessinger. (Revue de Méd. XII. 9. 1892.)

71) *Bakteriologisches zur Otitis media bei Influenza;* von A. Scheibe. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. VIII. 8. 1890.)

Pfeiffer (60. 61) hat seiner ersten vorläufigen Mittheilung über den Influenza-Bacillus, deren bereits früher gedacht worden ist (Jahrbb. CCXXXIII. p. 246), einen eingehenden Bericht folgen lassen, der die Aetiologie der Influenza in vielen Punkten in erfreulichster Weise aufklärt. Die von ihm entdeckten Bacillen sind kleinste, an den Enden abgerundete Stäbchen, nicht ganz von dem Dickendurchmesser der Mäuseseptikämie-Bacillen und meist nur 2—3mal so lang als breit. Sie besitzen keine Kapsel und zeigen im hängenden Tropfen keine Eigenbewegung. Sehr häufig findet man 2 besonders kurze Bacillen dicht aneinander gelagert. Es handelt sich hier um Theilungsformen, die leicht mit Diplokokken verwechselt werden können. In älteren, 3—4 Tage alten Reinculturen können sie in ganz langen Scheinfäden auftreten. Die Bacillen färben sich ziemlich schwer; zweckmässig ist das alkalische *Löffler*'sche Methylenblau, mehr noch eine ganz dünne Lösung von Carbolfuchsin, auf der man die Deckgläschen mindestens 5—10 Minuten schwimmen lässt. Nach Gram werden sie entfärbt.

Auf den gewöhnlichen Nährböden gedeihen die Bacillen nicht. Erst wenn man den Agar auf der Oberfläche mit Blut bestreicht, entwickeln sich bei Bruttemperatur ausserordentlich feine, wasserhelle, häufig nur mit der Lupe sichtbare Colonien. Die Herkunft des Blutes ist nicht wesentlich, doch schien die Entwickelung auf Taubenblut besonders üppig zu sein. Wie vergleichende Untersuchungen lehrten, ist das Hämoglobin derjenige Bestandtheil des Blutes, der die Entwickelung der Influenzabacillen ausserhalb des Körpers ermöglicht. Ihre obere Temperaturgrenze liegt bei 42, ihre untere bei 26—27° C. Sie sind streng an den Zutritt der Luft gebunden, gegen Austrocknung sehr empfindlich, eine Dauerform scheinen sie nicht zu besitzen.

Diese Stäbchen fand nun Pf. theils allein, theils mit anderen Mikroben zusammen in enormen Mengen im Sekret der Nase, der Luftröhren, ferner im Gewebesafte und in Schnitten von Influenza-Pneumonien. Sie sind nicht an das Fieberstadium gebunden, sondern können dieses Wochen lang überdauern. Aus diesem Befunde erklärt sich nach Pf. die langsame Reconvalescenz vieler Grippekranken. Am festesten haften sie im Auswurf von Personen, deren Luftwege schon *vor* dem Influenza-Anfall krank waren, namentlich bei Phthisikern, bei denen sie den Tuberkelbacillen den Weg zu weiterem Vordringen ebnen und so zu beschleunigter Consumption Veranlassung geben. In anderen Organen (Milz und Nieren) konnte Pf. sie nur ganz ausnahmeweise nachweisen, niemals im Blute. Die Befunde Canon's von Influenza-Stäbchen im lebenden Blute führt er auf Verunreinigungen zurück. Die von Canon stammenden und Pf. vorgelegten Präparate enthielten Mikroorganismen anderer Art, aber keine Influenza-Bacillen.

Leider glückte die Uebertragung auf Thiere nicht. Diese zeigten zwar eine Art von Vergiftung mit Muskelschwäche und Fieber (in tödtlichen Fällen mit subnormaler Temperatur), bei einem Affen entwickelte sich auch einmal ein Abscess, ausgesprochene Influenza-Symptome kamen aber nicht zur Beobachtung.

Schliesslich beschreibt Pf. noch sogenannte Pseudoinfluenza-Bacillen, die er unter Anderem auch in 3 Fällen von Diphtherie-Pneumonie fand. Sie haben mit den echten Influenza-Erregern die grösste Aehnlichkeit, unterscheiden sich von diesen aber dadurch, dass sie nach 24stünd. Wachsthum auf *menschlichem* Blutagar erheblich grösser erscheinen und eine starke Neigung zur Bildung von längeren Scheinfäden zeigen.

Weichselbaum (62) bestätigt die Pfeiffer'schen Angaben in allen Punkten. Er hat die von Jenem entdeckten Bacillen in 6 Fällen von In-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

fluenza-Pneumonie regelmässig nachweisen können. Im Blute von Influenzakranken hat er sie nicht mit Sicherheit gefunden, obwohl allerdings in einigen Präparaten kokken- oder stäbchenartige Gebilde vorhanden waren. Die mit Influenzablut beschickten Agar-Gläschen blieben ausnahmelos steril.

Canon (63) hat dagegen in 22 Fällen einen positiven Blutbefund erzielt. Allerdings war es nöthig, von jedem Kranken eine ganze Anzahl Deckgläschen (durchschnittlich 8) ganz systematisch mit dem verschiebbaren Objekttisch zu untersuchen. Die Stäbchen lagen in kleineren oder grösseren Haufen frei in der Blutflüssigkeit, niemals konnten sie im Inneren eines weissen Blutkörperchens gesehen werden. Ihre Menge war sehr wechselnd, stand aber meist in direktem Verhältniss zur Schwere des Falles. Bei Nachkrankheiten waren sie nie vorhanden, dagegen konnten sie bei 3 Kranken während des Anfalles im Harne (durch Centrifugiren) constatirt werden. Eine Züchtung der Bacillen glückte nicht.

Diese gelang aus dem Blute Péchère (64. 65) 4mal unter 5 Fällen. Er übertrug das Blut auf „Gélose, selon la formule de Nocard et Roux, un peu modifiée". Nach 24stündigem Verweilen im Wärmeschranke (bei 37° C.) zeigten sich massenhafte glänzende Pünktchen, die mit blossem Auge gerade noch zu erkennen waren. Zwei Tage später hatten sie sich durch den ganzen Nährboden verbreitet. Die Weiterzüchtung auf Agar gelang bis zur 4. Generation.

Borchardt (66) fand die Influenza-Stäbchen unter 50 Influenzafällen 35mal im Auswurfe, und zwar meist Wochen lang. In einem Falle waren sie am 28. Krankheitstage noch in Reincultur vorhanden. Unter den 35 Fällen befanden sich 17 mit Bronchopneumonie. Bei 15 Kranken versuchte B. die Züchtung, 11mal aus dem Sputum, 4mal aus dem Bronchialsekret gestorbener Personen. Nur *eine* Aussaat kam nicht zur Entwickelung. Der Nachweis der Bacillen im Blute gelang nicht. B. fasst seine Erfahrungen dahin zusammen, dass der Pfeiffer'sche Bacillus nahezu constant im Auswurfe von Grippekranken vorkommt und in zweifelhaften Fällen ausschlaggebend für die Diagnose sein kann.

Fischel (67) fand im Blute von Influenzakranken 2 verschiedene Mikroorganismen:

1) Einen Coccus ohne Eigenbewegung, der meist zu zweien angeordnet war und nach Gram nicht entfärbt wurde. Er wuchs auf Agar und Gelatine und war für Kaninchen, Hunde und Pferde, wahrscheinlich auch für Hühner nicht pathogen.

2) Einen Coccus, der sich ebenfalls nach Gram nicht entfärbte und häufig zu zweien, aber auch in längeren Reihen und Zoogloeen verbunden war. Er gedieh ebenfalls auf Gelatine und Agar, ging in sterilisirtem Wasser sehr rasch zu Grunde und bewirkte bei Hunden und Pferden Krankheitserscheinungen, die der „Staupe" dieser Thiere ausserordentlich ähnlich waren. Im Blute der Versuchsthiere büsste er seine saprophytische Wachsthumsfähigkeit sehr rasch ein. In alten sterilisirten Bouilloncultureu dieses Coccus gediehen der Friedländer'sche Pneumoniebacillus und der Streptococcus pyogenes üppiger, als in frischer Pepton-Fleischbrühe.

Die Aufsätze von Jackson, Thornbury und Fiessinger (68—70) enthalten keine eigenen Untersuchungen, sondern berichten nur über Bekanntes.

Ob es auch Pfeiffer'sche Bacillen waren, die Scheibe (71) in dem eiterigen Ausfluss bei Influenza-Otitis bemerkte, ist fraglich. Sch. untersuchte 8 Mittelohrentzündungen bakteriologisch (3mal unmittelbar nach der Paracentese) und fand:

2mal den Streptococcus pyogenes,
2mal den Diplococcus pneumoniae,
1mal den Staphylococcus aureus,
2mal Streptococcus pyogenes und Staphylococcus albus,
1mal Staphylococcus albus neben einer unbekannten anderen Kokkenart.

In Deckglaspräparaten waren aber *ausserdem* stets noch feine Stäbchen vorhanden, die auf den verschiedensten Nährböden nicht zur Entwickelung kamen. In 4 weiteren Fällen, in denen nur mikroskopisch untersucht wurde, waren die Stäbchen (neben Kokken verschiedener Art) ebenfalls sichtbar. Je reichlicher sie vertreten waren, um so grösser waren im Allgemeinen die Schmerzen. Ihre Breite schwankte zwischen 0.2 und 0.8 μ, ihre Länge zwischen 1.0 und 3.2 μ (meist 1.6 bis 2.0 μ). Ihre Enden waren meist rund, selten zugespitzt. Nach Gram blieben sie (im Gegensatz zu den Pfeiffer'schen Bacillen) gefärbt.

Immunität und Behandlung.

72) *Die Influenza-Epidemie 1889—90;* von A. Hiller. (Sammelforschung des Vereins f. innere Med. in Berlin p. 167 ff.)

73) *Mittheilungen aus der Praxis über die Influenza-Epidemie 1891—92;* von Berthold. (Jahresber. der Gesellsch. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden 1892. p. 140.)

74) *Die Erfolge der Suggestionstherapie (Hypnose) bei Influenza;* von J. Grossmann. (Berlin 1892. Herm. Brieger.)

75) *Ueber Wesen, Entstehungsursache und Behandlung der Influenza;* von Leo Rabener. (Internat. klin. Rundschau VI. 2. 1892.)

76) *The continuous administration of oxygen in a severe case of broncho-pneumonia following influenza; recovery;* by Wm. Collier. (Lancet I. Febr. 27. 1892.)

77) *A case of influenza pneumonia treated by the external application of cold;* by Wm. Gordon. (Ibidem.)

Ueber die angebliche *Immunität* gewisser Berufsklassen führt A. Hiller (72) einige Beobachtungen an, die zum Theil auch einer anderen Deutung fähig sein dürften. So soll das Schlafen im Viehstalle mehrere Knechte vor der Krankheit geschützt haben. Ferner sollen die Beschäftigung mit Tabak und Theer (in der Seilerei, im Glaswerk) und das Arbeiten in Cement- und Steingutfabriken an verschiedenen Orten eine auffallende Immunität gewährt haben. Die Talgsieder in Urbeis, Oberelsass, die von 5 Uhr Morgens bis 7 Uhr Abends in geschlossenen Räumen bei einer Temperatur von 27—33° arbeiten, blieben sämmtlich verschont. Dr. Nathan führt den milden Verlauf der Epidemie in Zabrze (Oberschlesien) und Umgegend auf

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

„die desinficirende Wirkung des Rauches von 15—1600 Coaksöfen“ zurück, der dort die Luft beständig erfüllt.

Dr. Berthold in Dresden (73) beobachtete sowohl in der ersten Influenza-Epidemie, wie in der von 1891—92, dass solche Personen, die vorher *Arsen* innerlich genommen hatten, nicht an Grippe erkrankten. Er erklärt dies damit, dass die arsenige Säure einerseits auf niedere Organismen direkt vernichtend einwirkt, andererseits nach Buchner die Gewebe gegen Spaltpilze widerstandsfähig macht.

Ueber die von J. Goldschmidt behauptete immunisirende Wirkung der Vaccination (vgl. Jahrbb. CCXXXIII. p. 245) werden auffallender Weise keine neueren Erfahrungen berichtet.

In *therapeutischer* Beziehung sind die Erfolge bemerkenswerth, die Grossmann (74) mit der Suggestion bei Influenza erzielte, um so bemerkenswerther, als sie ohne besondere Vorübung und in der Privatpraxis erreicht wurden. Gr. benutzte ausschliesslich die Bernheim'sche Methode und zieht mehrere kurze Hypnosen einer längeren vor. Natürlich vermochte er nicht die Krankheit an sich wegzusuggeriren, doch wurden Kopfschmerzen, Schlaf- und Appetitlosigkeit und das allgemeine Krankheitsgefühl mit geringen Ausnahmen in günstigster Weise beeinflusst. Einen Schaden hat er bei vorsichtigem Verfahren nie gesehen.

Rabener (75) hält das Creolin für ein specifisches Heil- und Schutzmittel gegen Influenza. Er giebt täglich 12—25 Pillen mit je 0.01 Creolin. Bei Miterkrankung der Athemwege lässt er ausserdem 2mal täglich Wasserdämpfe mit einigen Esslöffeln einer 10proc. Creolinlösung einathmen. Säuglinge und grössere Kinder bekommen das Mittel in Stuhlzäpfchen zu 0.05—0.1, 2—3mal täglich.

Zur vollkommenen Genesung braucht man bei Erwachsenen 60—100 Pillen, bei Kindern 10 bis 15 Suppositorien.

Collier (76) sah in einem verzweifelten Falle von Influenza-Pneumonie mit schwerster Cyanose rasche Besserung nach andauernden Einathmungen von Sauerstoff.

[*Sclérose en plaques infantile d'origine grippale;* par R. Massalongo et E. Silvestri. (Revue neurol. I. 23. 1893.)

Bei einem 6jähr. Mädchen traten unmittelbar nach einer 14tägigen, als Influenza aufgefassten fieberhaften Erkrankung Zittern der Arme bei absichtlichen Bewegungen, langsame scandirende Sprache, spastische Parese der Beine auf. Die Sehnenreflexe waren gesteigert. Die Papillen blass, ihr Rand verwischt, ihre Venen erweitert.]

252. **Neuere Arbeiten über Physiologie und Pathologie des Magens und des Darms**; Zusammenstellung von Dr. G. Honigmann in Wiesbaden. (Fortsetzung; vgl. Jahrbb. CCXLI. p. 30.)

32) *Ein einfaches Verfahren zur Bestimmung der Magengrösse mittels Luft;* von G. Kelling. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 51 u. 52. 1892.)

33) *Der Wechsel des Perkussionsschalls und die klirrende Perkussion, zwei Symptome der Magenerweiterung;* von Aufrecht. (Centr.-Bl. f. klin. Med. XIV. 23. 1893.)

34) *Ueber Gastrodiaphanie;* von M. Einhorn. (Berl. klin. Wchnschr. XXIX. 51. 1892.)

35) *Ueber die elektrische Durchleuchtung des Magens und deren diagnostische Verwerthbarkeit;* von L. Kuttner und J. Jacobsohn. Augusta-Hospital, Prof. Ewald's Abtheilung. (Ebenda XXX. 39. 40. 1893.)

36) *Die Blutuntersuchung und deren Bedeutung bei Erkrankungen des Magens;* von J. Osterspey. Abtheilung des Prof. Ewald, Augusta-Hospital. (Ebenda XXIX. 12. 13. 1892.)

Im Anschluss an die chemische sei die *physikalische Diagnostik* besprochen. Die Bestimmungen der Magengrösse durch Kohlensäure (Frerichs) oder Lufteinblasung (Oser) sind nach Kelling (32) nicht genügend, die Schätzung geschieht durch die Vorwölbung der Bauchdecken und lässt die Spannungsgrösse der Magenwände unberücksichtigt.

Kelling hat folgenden Apparat erfunden. In einen gewöhnlichen Magenschlauch werden 2 T-Rohre eingefügt. Der freie Schenkel des ersten, das unmittelbar vor der Sonde sich befindet, wird durch ein Gummirohr mit einem gewöhnlichen Doppelluftgebläse verbunden; der des zweiten T-Rohres in Verbindung mit einem Wassermanometer gebracht. Der Magenschlauch wird am Ende mit einem U-Röhrchen, dessen freie Spitze ausgezogen ist, versehen. In einen Eimer oder ein Becken mit Wasser wird ein 2—3 Liter Wasser haltender, graduirter Messcylinder umgestülpt eingesetzt und in diesen durch seine Ausflussöffnung das freie Ende der U-Röhre geführt, bis es das Niveau des äusseren Wasserspiegels überragt. Hähne sind vor dem Gebläse und dem Endstück des Schlauchs angebracht. Nach einem Probefrühstück wird der Magen bis zur Klarheit des Spülwassers reingewaschen, dann der Hahn vor dem Gebläse geöffnet und der vor dem Cylinder geschlossen. Nun wird Luft so lange in den Magen eingeblasen, bis Dehnungsschmerz im Magen empfunden wird. Ist die Ausdehnungsgrenze erreicht, so wird der Hahn vor dem Gebläse geschlossen und der vor dem Cylinder geöffnet, die Magenluft entweicht in den Messcylinder, aus dessen verdrängtem Wasserinhalt sie berechnet wird.

Zur Berechnung der Grösse müssen verschiedene Umstände, wie der barometrische Druck, die Höhe der Wasserspannung, die Temperatur des Wassers, der Magenluft u. s. w. berücksichtigt werden. Will man sich die Berechnung ersparen, so kann man das Luftvolumen im Cylinder einfach auf das Magenvolumen beziehen und wie K. herausgerechnet hat, 7—8% zurechnen. Ferner hat K. noch Untersuchungen über den Einfluss des Contraktionzustandes der Magenmuskeln, der Respiration und des Bauchhöhlenwanddruckes auf den Magendruck angestellt, die im Original nachzulesen sind. Sie sind sehr mannigfaltig und interessant, ob sich jedoch gerade bei dieser Summe mitbestimmender Verhältnisse das Verfahren als brauchbar in die Praxis einbürgern wird, steht dahin.

Aufrecht (33) giebt zwei Symptome an, welche zur frühzeitigen Erkenntniss der Magenerweiterung, noch bevor diese grosse Dimensionen angenommen hat, dienen sollen. Perkutirt man den Magen leise, so findet man überall tympanitischen Schall, nur an einer Stelle Dämpfung; nach mehreren Sekunden schwindet die Dämpfung dort, schreitet weiter und macht tympanitischem Schall Platz, oft kann man den Fortschritt der Dämpfung von der Kardia bis an den Pylorus verfolgen.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Ferner findet man an den Stellen, wo die umschriebene Dämpfung in den tympanitischen Schall übergeht, oft einen klirrenden, an den bruit de pot fêlé erinnernden Perkussionschall. Das erste Phänomen erklärt sich aus der Muskelhypertrophie, die als erste Folge eines inneren oder äusseren Hindernisses für die Fortschaffung des Chymus und daher als erstes Zeichen beginnender Erweiterung auftreten muss. Da, wo sich die Muskulatur contrahirt, ist der Schall gedämpft. Der klirrende Schall tritt auf wegen der Mitschwingungen der Magenluft an Stellen, wo mit dem Nachlass der Contraktion ein Magenabschnitt erschlafft.

Einhorn (34) fasst seine im Laufe der letzten 3 Jahre gewonnenen Erfahrungen über den diagnostischen Werth der elektrischen Magendurchleuchtung zusammen. Er behauptet damit, eine Magenerweiterung schnell erkennen, die Gastroptose von ihr unterscheiden und schnell diagnosticiren zu können, schliesslich auch Tumoren und Verdickungen der Wand wegen ihrer mangelhaften Durchleuchtungsfähigkeit frühzeitig zu entdecken. Kuttner und Jacobsohn (35) haben an der Leiche und an dem Krankenmaterial der Ewald'schen Abtheilung eingehende Studien über die Durchleuchtung des Magens mit dem *Einhorn*'schen Apparate gemacht. Sie füllen den Magen erst reichlich mit Wasser. Die Durchleuchtungsfigur erscheint an der vorderen Bauchwand. Respiratorische Verschiebungen werden deutlich wahrgenommen, der Anfangstheil des Darmes ist hell zu sehen. Tumoren und solide Gewebe erscheinen dunkel. Die Dilatation lässt sich aus der Durchleuchtung erkennen, wenn bei oberer normaler Grenze, die sich eventuell mit der Athmung verschiebt, die untere Grenze tiefer steht, als in der Norm, Gastroptose, wenn sowohl kleine, wie grosse Curvatur nach unten gerückt, also das ganze Magenbild nach unten verschoben ist und sich respiratorisch nicht bewegt. Unter Umständen waren Tumoren durch ihr Schattenbild eher wahrzunehmen, als durch die Palpation.

Schliesslich sei hier noch der Mittheilung Osterspey's (36) gedacht, welcher die Blutuntersuchungen für die Diagnostik der Magenkrankheiten zu verwerthen suchte. Bestimmt wurden die Blutkörperchenzahl und der Hämoglobingehalt vermittelst des *Holz-Gowers*'schen Apparates. Die Befunde waren weder für Magengeschwür, noch für Carcinom charakteristisch. Bei Ulcus fand O. die rothen Blutkörperchen fast durchweg vermindert, die weissen vermehrt, den Hämoglobingehalt vermindert. Die Hämatemesis war ohne Einfluss auf den Befund. Es scheint, dass die Anämie primär ist. Bei Carcinom waren in 12 Fällen 2mal die rothen Blutkörperchen vermehrt unter starker Mikrophytenbildung, in 8 Fällen vermindert, in 2 Fällen bestand ausgesprochene Leukocytose und der Hämoglobingehalt war fast immer vermindert, dagegen fanden sich bei Achlorhydrie ohne Carcinom gewöhnlich höhere Hämoglobinwerthe.

Pathogenese. Symptomatologie. Casuistik.

37) *Untersuchungen über die Pathogenese des Ulcus rotundum ventriculi und über den Einfluss von Verdauungsenzymen auf lebendes Gewebe;* von M. Mathes. (Habilitationsschrift. Jena 1893. Gustav Fischer.) — (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XIII. 2. 1893.) — *Die Wirkung von Enzymen auf lebende Gewebe, speciell auf Magen und Darmwand;* von Demselben. (Verhandl. des XII. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1893. Bergmann.)

38) *The pathology of acute perforating ulcer of the stomach in young adults;* by W. Soltau Fenwick. (Journ. of pathol. and bact. I. 4; June 1893.)

39) *Formes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac;* par G. Sée. (Bull. de l'Acad. de méd. Nr. 37. 1893.)

40) *Note on a case of cicatrical stenosis of the pylorus following a peptic ulcer;* by Thayer. (Bull. of the J. Hopkins Hosp. Nr. 31. 1893.)

41) *Deux observations d'ulcère simple à symptomes anormaux;* par Vermorel. (Gaz. des Hôp. 73. 1893.)

42) *Ueber Magenblutungen in der Gravidität;* von R. Koch. (Petersb. med. Wchnschr. XVIII. [N. F. X.] 10. 1893.)

43) *Zur Casuistik der Magenkrankheiten;* von A. Pulawski. (Berl. klin. Wchnschr. XXIX. 42. 1892.)

44) *Ein casuistischer Beitrag zur Lehre von der Peritonitis in Folge der Perforation eines Magengeschwürs;* von E. Schotten. (Münchn. med. Wochenschr. XL. 41. 1893.)

45) *Akute diffuse Peritonitis bei einem alten Ulcus ventriculi simpl. nach Verabreichung eines Bandwurmmittels;* von Remmer. (Centr.-Bl. f. klin. Med. XIV. 42. 1893.)

46) *Ueber das Carcinoma ventriculi ex ulcere rotundo;* von R. Koch. (Petersb. med. Wchnschr. XVIII. [N. F. X.] 43. 1893.)

47) *Note sur les modifications de l'appetit dans le cancer du foie et de l'estomac;* par Hanot. (Arch. gén. de Méd. Oct. 1893. p. 385.) — *Sur les modifications de l'appetit dans le cancer de l'estomac et du foie.* (Mercredi méd. 35. Août 30. 1893.)

48) *Ueber nervöse Störungen des Appetits und der Verdauung;* von Dubois. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXIII. 10 u. 11. 1893.)

49) *Die Rumination beim Menschen und ihre Beziehungen zum Brechakt;* von G. Singer. Aus der Klinik *Nothnagel's*. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LI. 4 u. 5. p. 472. 1893.)

50) *5 Fälle von Ruminatio humana;* von J. Decker. (Münchn. med. Wchnschr. XXXIX. 21. 1892.)

51) *Ueber Rumination;* von R. Schmaltz. (Sond.-Abdr. aus d. Jahresber. d. Gesellschaft f. Natur- u. Heilkunde in Dresden 1892—93.)

52) *Sur un cas de dyspepsie avec chimisme variable;* par Linossier et Lemoine. (Revue de Med. XIII. 5. 1893.)

53) *Die HCl des Magensaftes in diagnostischer Hinsicht mit specieller Berücksichtigung der Atonie des Magens;* von R. Engelhardt. (Petersb. med. Wochenschr. XVIII. [N. F. X.] 21. 1893.)

54) *Beiträge zur Diagnostik u. Therapie der Magenkrankheiten I;* von M. Löwenthal. (Berl. klin. Wochenschr. XXIX. 47. 1892.)

55) *De la dyspepsie hyperchlorhydrie;* par Bovet. Discussion dans la Société de thérapeutique. (Bull. gén. de Thér. LXII. 1; Janv. 8. 5; Févr. 8. 1893.)

56) *Beiträge zur Kenntniss der krankhaft gesteigerten Absonderung von Magensaft;* von E. G. Johnson u. K. Behm. (Ztschr. f. klin. Med. XXII. 4 u. 5. 1893.)

57) *Ueber den continuirlichen Magensaftfluss (Secretio hydrochlorica ventriculi continua);* von J. Schreiber. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 29. 30. 1893.)

58) *Ueber die continuirliche Magensaftsekretion;* von Riegel. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 31. 32. 1893.)

59) *Ueber Tetanie und sonstige Krampfzustände bei Hypersekretion des Magens;* von H. Richartz. Aus d. med. Klinik zu Giessen. (Inaug.-Diss. Giessen 1893.)

60) *Ulcère gastrique etc.;* par Thiroloix et

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Dupasquier. (Bull. de la Soc. anat. de Par. 5. S. VII. 9. p. 241. Mars 1893.)

61) *Eine wenig beachtete Ursache der Gastritis chronica und Anämie;* von Hildebrandt. (Therap. Mon.-Hefte VII. 11. 1893.)

62) *Ueber primäre Atrophie der Magen- und Darmschleimhaut und deren Beziehungen zu schwerer Anämie und Rückenmarkerkrankungen;* von Eisenlohr. (Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 49. 1892.)

63) *Des accidents gastriques chez les tuberculeux;* par Potain. (Semaine méd. XIII. 55. 1893.)

64) *Gastropathies et phthisie pulmonaire;* par Hayem. (Mercredi méd. Nr. 33. 1893.)

Die *Aetiologie des Ulcus ventriculi* ist noch immer nicht vollkommen aufgeklärt. Die bekannte Thatsache, dass bei Thieren künstlich erzeugte Schleimhautverluste verheilen, ohne zu wirklichen Geschwüren zu werden, beruht auf dem Flächenwachsthum der Schleimhaut, welche sich sofort über den Verlust legt, und auf der Thätigkeit der Muskulatur, die ihn durch ihre Contraktion zu verkleinern bestrebt ist. Den letzteren Faktor suchte Mathes (37) dadurch auszuschalten, dass er auf die Serosa des freigelegten Magens bei laparotomirten Hunden einen Milchglasring durch tiefe in die Muscularis gelegte Nähte befestigte und so die Contraktion unmöglich machte. Dennoch heilten die Substanzverluste der Mucosa in kurzer Zeit, ohne die Muskulatur in das Bereich des Geschwürs zu ziehen. Nur wenn den Thieren häufig hochprocentuirte Salzsäurelösungen eingegossen wurden und damit eine künstliche Hyperacidität erzeugt wurde, gab es nekrotische Herde, die bis in die Muskulatur hineingingen. Um die Frage der Selbstverdauung des Magens zu studiren, machte M. Versuche an der *Darm*schleimhaut bei Hunden mit gut eingeheilten Darmfisteln, da die bekannte Pavy'sche Anschauung von dem Schutze des alkalischen Blutes gegen die Selbstverdauung des Magens die Enzymwirksamkeit gar nicht berücksichtigt. Es wurde die Darmschleimhaut mit Salzsäure mit und ohne Pepsin, sowie mit natürlichem, durch Selbstverdauung eines frischen Thiermagens erzeugtem Magensaft in Berührung gebracht. Es zeigte sich nirgends eine primäre verdauende Wirkung. Die Salzsäure griff die Schleimhaut primär an und erst die nekrotisch gewordenen Theile fielen dann der Enzymwirkung zum Opfer, was aus den künstlichen Gemischen deutlich hervorging. Zum weiteren Studium der Enzymwirkung brachte M. Pankreasferment in der Form von Fibrin, das mit Pankreassaft getränkt war, unter die Haut. Das Fibrin wurde verdaut, das subcutane Gewebe nicht im mindesten angegriffen. Der Salzsäure gegenüber verhalten sich die verschiedenen Gewebe verschieden, die oberen Partien der Dünndarmwand, welche vom Magen her stärkere HCl-Lösungen gewöhnt sind, sind wohl unempfindlicher dagegen als tiefer gelegene. Es scheint, dass die Zellen des Magens durch specifische Eigenschaften in den Stand gesetzt sind, der ätzenden Wirkung der HCl zu widerstehen [was übrigens durch die Mittheilungen Harnack's (1) gleichfalls wahrscheinlich gemacht wird. Ref.].

Die Untersuchungen von Soltau Fenwick (38), welche gleichfalls die Pathogenese des Magengeschwürs zum Ziel haben, beruhen auf anatomisch-klinischen Thatsachen. F. unterscheidet von dem chron. Magengeschwür ein „akutes" zur Perforation neigendes. Dieses befällt fast ausschliesslich Leute von 16—25 Jahren, vornehmlich chlorotische weibliche Personen. Es sitzt am Pylorus, in einem, höchstens zwei Exemplaren, hat das charakteristische trichterförmige Aussehen, hervorgerufen durch sein Vordringen durch die Muscularis zur Serosa, welche es auch erreicht und zur Perforation bringt, wenn keine geeigneten therapeutischen Maassnahmen getroffen sind. Die klinischen Symptome: Schmerz, Erbrechen, Hämatemesis sind gleichfalls typisch.

Zur Aetiologie des Geschwürs sind bisher folgende Umstände geltend gemacht worden: Embolien in die Magenendarterien, arterielle und venöse Thrombosen, punktförmige Hämorrhagien in der Magenschleimhaut und spastische Magengefässcontraktionen. F. beweist anatomisch auf Grund des grossen Materials des London Hospital und experimentell durch gelungene Versuche, dass von allen diesen Vorkommnissen keins als wirklich genügend angesehen werden könne, gewöhnlich lassen sich durch diese Dinge nur multiple, über den ganzen Magen verbreitete Geschwüre erzeugen, die die Prädilektionstelle des typischen Ulcus an der kleinen Curvatur in der Nähe des Pylorus meist unberührt lassen. Dem gegenüber macht F. auf die Rolle aufmerksam, welche die solitären Lymphfollikel in der Magenschleimhaut spielen, worauf schon Handfield Jones, Samuel Fenwick, Fox und Schaeffer hingewiesen haben. F. präparirte die Magenmucosa sorgfältig und machte durch ein besonderes Verfahren die Lymphfollikel sichtbar, so dass er sie makroskopisch zählen konnte. Er fand, dass sie mit dem Lebensalter sich in der Zahl verändern, am häufigsten in der Kindheit sind, nach der Pubertät seltener werden und mehr um die Regio pylorica sich gruppiren, mit den reiferen Jahren noch seltener werden und im Greisenalter fast ganz verschwinden. Diese Follikel nun werden ähnlich wie die analogen Gebilde im Darm, die Peyer'schen Plaques, von krankmachenden Schädlichkeiten ergriffen, nur dass sie bei ihrer Lage in den tiefsten Partien der Mucosa nicht so leicht betroffen werden wie jene. Bei akuter Gastritis und bei enteritischen Entzündungen lassen sich jedoch Veränderungen an ihnen, starke zellige Infiltrationen, Nekrose der Lymphdrüsen, Rückwirkung auf die Magendrüsen, deutlich verfolgen sowohl bei Thieren, als bei Menschen. Allerdings gelingt es bei ausgesprochenem Magengeschwür nicht mehr, diese lymphatischen Erkrankungen zu sehen, weil die kleinen Gebilde dann schon zerstört sind, und auch in der Nähe

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

des Processes fand F. keine beweisenden Bilder. Ebenso wenig vermochte er durch allgemeine Constitutionsanomalien, wie Anämie, eine allgemeine Anschwellung der Solitärfollikel zu erzeugen. Dennoch glaubt er an einer lymphatischen Entstehung des typischen Geschwürs festhalten zu sollen. Die Abwesenheit einer allgemeinen follikulären Anschwellung bei Anämien (klinischen, wie experimentellen) spricht seiner Ansicht nach gerade für seine Anschauung. Da die Geschwüre nicht multipel, sondern nur einzeln auftreten, können sie nur *lokale* Ursachen haben. Sicherlich können die Follikel gerade in der Involutionsperiode, welche sie in den Jahren nach der Pubertät durchmachen, sehr leicht entzündet werden und, während sie bei gesunden Individuen ohne Weiteres heilen, bei bestehender Anämie oder besonders bei der häufig damit verbundenen starken Hyperacidität des Magensaftes den Anlass zu einem echten Magengeschwür geben.

Germain Sée (39) bringt in seiner Besprechung der Pathologie des Magengeschwürs einige eigenthümliche Anschauungen vor. Er unterscheidet zwei Arten, das „schwere blutige" und das „einfache peptische" Geschwür, beide sind die Folge einer primären Hyperacidität, „unterstützt durch anatomische Veränderungen und Störungen der Cirkulation". Das Wesentliche in der Diagnose ist die Bestimmung der Hyperchlorhydrie, die natürlich nur in den Zeiten, wenn keine Blutung stattfindet, zu machen ist. Ist sie sichergestellt, so hat sich die Behandlung auch nur gegen sie zu richten, wohingegen eine Behandlung der gleichzeitigen Erweiterung, aus welchem Grunde diese auch entstanden sei, durch Ausspülungen verboten sei, zwecklos sei und eher schade. Das gewöhnliche Ulcus pepticum werde oft mit Gastralgien, nervöser Dyspepsie, Gastritis verwechselt; auch hier schaffe die Feststellung der Hyperacidität Klarheit. Diagnostisch vom Ulcus zu trennen sei die Hypersekretion.

Die übrigen Beiträge sind nur casuistischer Natur.

Thayer (40) berichtet über einen jugendlichen Kr. mit scharf einsetzenden Magenbeschwerden ohne jede frühere Dyspepsie: Häufiges Erbrechen, Anämie, kastaniengrosse Geschwulst im Epigastrium, die sich mit der Athmung verschob, bei zwei Probeausspülungen keine freie HCl, dagegen viel Milchsäure und sehr schlecht verdaute Ingesta. Wegen schnellen Kräfteverfalls Operation, bei der sich eine narbige Pylorusstenose auf Grund eines Geschwürs vorfand. Gastroenterostomie, Tod nach 14 Tagen an akuter Dysenterie. Der klinische Befund hätte trotz der Jugend eher an Carcinom denken lassen.

Vermorel (41) theilt 2 Fälle von Geschwür mit seltenem Verlauf mit. 1) Ein jüngerer Mann erkrankte in völliger Gesundheit mit Leibschmerzen, die an Bleikolik erinnerten, ohne peritonitische Erscheinungen. Nach einigen Tagen traten plötzliche Verschlimmerung, Fieber, rapider Kräfteverfall ein. Tod. Autopsie: Perforirtes Duodenalgeschwür, akute Peritonitis. 2) Ein 62jähr. Mann kam wegen Druckschmerzen in der Herzgrube zur Aufnahme, kein einziges auf Magengeschwür deutendes Symptom war nachweisbar. Nach einigen Tagen Erscheinungen der inneren Verblutung, schwarzer und blutiger Stuhl. Tod. Autopsie: Magengeschwür, der untere Darm ganz mit Blut gefüllt.

R. Koch in Dorpat (42) hat 2 Fälle von Hämatemesis während der Gravidität beobachtet. 1) Eine 38jähr. Erstgebärende, bei der die Blutung im 3. Monat auftrat, ohne die Schwangerschaft zu unterbrechen, nach deren Ablauf ein gesundes Kind ausgetragen wurde. 2) Eine Erstgebärende bekam im 8. Graviditätsmonat starke Hämatemesis, das Erbrochene war stark HCl-haltig. Wegen des Verfalls wurde von Prof. Küstner der Kaiserschnitt vorgeschlagen, aber von der Pat. nicht bewilligt. Nach einigen Stunden wurde ein todtes Kind geboren, sofort hörten Erbrechen und Blutungen auf.

K. glaubt, dass der gesteigerte abdominelle Blutdruck während der Gravidität zu venösen Stauungen führe, welche bei bestehendem Geschwür Blutungen begünstigen; daher ihr Aufhören nach dem Eintritt der Geburt. Er erwägt die Nothwendigkeit einer künstlichen Frühgeburt in ähnlichen Fällen.

Pulawski (43) berichtet über 2 Fälle. Der erste schien klinisch ein „auf dem Boden eines Ulcus entstandenes Carcinom". Nach schnellem Beginn stellten sich Kachexie, Anorexie, Stuhlverstopfung, dunkles Erbrechen, Magenerweiterung und Tumor, sowie peristaltische Unruhe des Magens ein, dabei war stets freie HCl auf der Höhe der Verdauung und nüchtern zu finden. Die Obduktion ergab Carcinose des Peritonaeum, ausgehend von einem primären Blinddarmkrebs. Der Pylorus war durch Krebsknoten von aussen eingeengt, das kaffeesatzähnliche Erbrechen dürfte durch capillare Blutungen erzeugt gewesen sein.

Der 2. Fall betraf einen Kr., der seit 15 J. magenleidend war. Die Magengegend eingesunken, geringe Erweiterung, kein Tumor, häufiges und blutiges Erbrechen, sehr heftige Schmerzen, Hyperacidität und Hypersekretion. Wegen der Zunahme der Schmerzen wurde die Pylorusresektion beschlossen. Bei der Laparotomie zeigten sich die Peritonäaldrüsen geschwollen, der Magen mit der Nachbarschaft verwachsen, durch die Magenwand liess sich an der kleinen Curvatur eine diffuse Verhärtung fühlen. Der Magen wurde durch einen Schnitt vorn eröffnet und man fühlte mit dem tastenden Finger eine rauhe blumenkohlartige Geschwulst mit hartem Rand an der Hinterwand des Magens. Daher wurde ohne Resektion der Magen geschlossen. Tod nach 4 Tagen. Die Obduktion ergab, dass der vermeintliche Tumor das freiliegende Pankreas war, welches den Grund eines tiefen Magengeschwürs bildete. Die klinische, auf Grund des HCl-Befundes vornehmlich gestellte Diagnose hatte daher das Richtige getroffen, während die Laparotomie einen Irrthum hervorgerufen hatte.

Ueber den *Ausgang des Magengeschwürs* berichtet eine Beobachtung von E. Schotten (44).

Der Kr., der seit längerer Zeit Erscheinungen eines chronischen Magengeschwürs in der Pars pylorica darbot und früher auch schon einmal Symptome einer circumscripten Bauchfellentzündung aufgewiesen hatte, erlitt durch einen Diätfehler und psychische Erregung eine akute Magenverstimmung, die zu anhaltendem Erbrechen und Würgen und dadurch zu einer Verschlimmerung des Grundleidens führte. Nach einem heftigen freiwilligen Brechakt, bei dem es zur Entleerung kaffeesatzähnlicher Massen kam, traten heftigste Schmerzen auf. Trotz starken Verfalls und peritonitischen Allgemeineindrucks, war der Bauch bretthart contrahirt, die Leberdämpfung nicht verschwunden, das Erbrechen dauerte noch eine Zeit lang fort. Der Tod erfolgte im Collaps. Die *Sektion* ergab eine schlitzförmige kleine Perforation eines Magengeschwürs, beginnende seropurulente Peritonitis. Sch. legt besonders Gewicht auf die tetanische Contraktur der Bauchmuskeln nach dem Geschwürsdurchbruch, sowie auf die Abwesenheit von Luft im Bauchraum und die dadurch verschuldete Persistenz der Leberdämpfung. Die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Ursache mag vielleicht in der ventilartigen Beschaffenheit des schlitzförmigen Durchbruchs gelegen haben.

Remmer (45) theilt eine sehr ungenaue Beobachtung mit, in der nach seiner Ansicht ein Bandwurmmittel zur Perforation eines Magengeschwürs führte.

Ueber den Ausgang von Ulcus in Carcinom berichtet R. Koch (46). Eine Frau, welche (42) während der Gravidität Hämatemesis gehabt hatte, zeigte nach längerem guten Verhalten, wahrscheinlich in Folge von schweren Diätfehlern, von Neuem Ulcusbeschwerden. Erbrechen und Schmerzen wurden häufiger und die Ektasie vergrösserte sich. Die anfänglich stets vorhandene HCl-Reaktion des Mageninhalts schwand allmählich und machte starker Milchsäurereaktion Platz. Nach allmähligem Verfall trat der Tod ein. Die *Sektion* ergab eine carcinomatöse Degeneration einer Ulcusnarbe.

Ueber den *Magenkrebs* liegt nur eine Mittheilung von Hanot (47) vor. H. fand bei Magen- und seltener bei Leberkrebs in einigen Fällen, entgegen der gewöhnlichen Anorexie, den Appetit normal und gesteigert. Ausgesprochene Bulimie war sehr selten, häufiger normaler Appetit, in einigen Fällen stellte sich sogenannter „falscher Appetit" ein, Verlangen nach gewissen Speisen, die dann doch nicht vertragen wurden und ein Widerwille gegen leichtverdauliche Nahrung, wie Milch. Die Ursache dieses abnormen Verhaltens kann nach H.'s Anschauung entweder darin liegen, dass ein Theil der secernirenden Magendrüsen, die in Beziehung zum Appetit stehen, von dem Process nicht ergriffen ist, oder in einigen Fällen vielleicht sich wegen der Erkrankung der benachbarten Drüsen vicariirend im Zustande gesteigerter Thätigkeit befindet. Sicher spielen nervöse Momente eine gewisse Rolle dabei.

Bei der Besprechung der *nervösen Magenkrankheiten* sei zunächst eines Vortrages von Dubois (48) gedacht, welcher diesen ein sehr grosses Feld einräumt. Zahlreiche Symptome, die gewöhnlich als Zeichen einer genuinen Magenkrankheit angesehen werden, seien Ausdruck eines allgemeinen nervösen Leidens. Die Magenuntersuchung, vor Allem die chemische, habe gar keinen Werth für die richtige Auffassung dieser Symptome und werde überhaupt viel zu sehr überschätzt. Es werden einige Krankengeschichten mitgetheilt, in welchen die gedachten Erscheinungen als Zeichen allgemeiner Neurosen und Psychosen auftraten und durch entsprechende Allgemeinbehandlung gebessert wurden. Unter den einzelnen Symptomen sind besonders zu beachten: 1) Anorexie, oft durch schmerzhafte Empfindungen im Magen hervorgerufen, oft ohne jeden ersichtlichen Grund vorhanden, oft andauernd, oft periodisch; manchmal bildet sie das einzige Symptom der bestehenden Neurasthenie. 2) Schlingbeschwerden ohne organische Stenose. 3) Obstipation oder Diarrhöen. 4) „Nervöse Dyspepsie", als solche tritt eine Reihe von Symptomen auf, die Aehnlichkeit mit den Erscheinungen von chron. Magenkatarrh und Ulcus haben, von denen sie sich nur durch die Berücksichtigung des allgemeinen Verhaltens, anamnestischer persönlicher und hereditärer Verhältnisse, sowie durch eine gewisse Regellosigkeit und Absonderlichkeit unterscheiden lassen. Auch das psychische Verhalten gegenüber den diätetischen Vorschriften des Arztes ist von Bedeutung. Die Behandlung D.'s bestand immer in mehr oder weniger ausgesprochener Mitchell-Kur. Nach kurzer Milchdiät wurde der Magen allmählich an alle Nahrungsmittel gewöhnt. Gegen Obstipation wurden hauptsächlich Regelung der Diät und suggestive Einflüsse angewendet.

Auf etwas sichererem, wenn auch immer noch zum Theil hypothetischem Gebiete bewegen sich die Beobachtungen über *Rumination,* die diesmal wiederum mehrere Bearbeiter gefunden hat. G. Singer (49) bespricht in seiner sehr ausführlichen Arbeit zunächst die Geschichte dieses eigenthümlichen Leidens und veröffentlicht 5 gute Beobachtungen aus der Nothnagel'schen Klinik. Alle Kr. zeigten ein gewohnheitsmässiges Wiederaufsteigen und nachträgliches Verschlucken (oder Ausspeien) der genossenen Speisen ohne Uebelkeitsgefühl oder Ekel. Das nochmalige Durchkauen gehört nicht zum Wesen der Störung, es kommt übrigens nach den Erhebungen S.'s fast nur bei Geisteskranken und Idioten vor. Die endoskopische Untersuchung des Oesophagus bei einigen Kr. ergab im mittleren Drittel eine grössere als normale Weite. Die Schleimhaut der geschlossenen Kardia war rosettenförmig gefaltet, d. h. ihr Querschnitt musste bei verstrichenen Falten grösser sein, als normal. Diesen Befund stellt S. dem von den Anatomen unter gewissen Umständen beobachteten Antrum cardiacum des Oesophagus gleich. Nun haben fast alle Ruminanten die Gewohnheit schlecht zu kauen, schnell zu essen und grosse Mengen Wasser zu schlucken, sie dehnen dadurch das Endtheil des Oesophagus aus und rufen eine Atonie desselben hervor, entsprechend jenem Antrum. Das Verhalten der Kardia ist wohl ungleichmässig, darum verschieden beschrieben worden, jedenfalls kann es sich bei ihr nur um eine relative Insufficienz und keine organische Lähmung handeln. Trotzdem genügt diese Unzulänglichkeit der Kardia nicht, um die Rumination zu erklären, da ein Antrum cardiacum auch bei Nichtruminanten vorkommt und durchaus nicht alle sonstigen Schnell-Esser und Vertilger grosser Flüssigkeitsmengen beim Essen Wiederkäuer sind. Als entscheidend kommen nervöse Einflüsse hinzu; diese sind ersichtlich aus dem auffallenden chemischen Verhalten des Magens (bald Hyperacidität, bald Achlorhydrie), dazu kommen deutliche nervöse Stigmata bei allen Ruminanten, wie Einschränkung des Gesichtsfeldes, Fehlen des Cornealreflexes, Steigerung des Patellarreflexes, periodische Bradykardie und allgemeine neurasthenische Symptome, der wechselnde Verlauf, das unmotivirte Aussetzen und plötzliche Wiederauftreten der Erscheinungen nach psychischen Alterationen, vor Allem auch die relative Häufigkeit des Leidens bei Geisteskranken.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Man muss wohl annehmen, dass die neuropathische Constitution die Grundlage und das Verhalten der Kardia, hervorgerufen durch unzweckmässiges Schlingen, das accidentelle Moment darstelle. Die Mechanik des Aktes, die durch die Füllung des Magens beim Essen ausgelöst wird, besteht in einer Aspiration bei erschlaffter Kardia durch die Luftverdünnung im Brustraum, welche unter Inspirationsstellung des Thorax bei gleichzeitigem Glottisschluss aufrecht erhalten wird. Vom Brechakt ist die Rumination zu unterscheiden, dagegen der gewöhnlichen Regurgitation an die Seite zu stellen. Wiederkommen der Speisen bei Oesophagusdivertikeln und totaler Oesophagusdilatation ist durch das Vorwalten der Schlingbeschwerden von der Rumination zu unterscheiden, auch fehlt im Inhalt Pepton. Die Behandlung muss sich gegen die allgemeinen nervösen Störungen richten, langsames Essen, sowie Trinken beim Essen sind ausserdem nothwendig.

Decker (50) veröffentlicht 5 Fälle (2 von diesen betreffen Mutter und Kind, der Bruder der ersteren ruminirt auch). Der Magen war in 4 F. normal gross, in einem leicht dilatirt, die Kardia überall vollkommen schlussfähig, der Chemismus fast überall normal. In 3 F. war das Leiden angeboren, in 2 F. entwickelte es sich in Folge eines Nervenleidens. D. vermag daher eben so wenig eine Lähmung der Kardia, die sich nur im Moment der Regurgitation öffne, als eine Hyperacidität als Ursache der Regurgitation anzusehen, letztere sei nur ein Zeichen sekundärer Dyspepsie. Eben so wenig sei die Dilatation von ätiologischer Bedeutung, die direkte Ursache läge in einem durch den Eintritt grober ungekauter Speisen verursachten örtlichen Reiz, welcher reflektorisch die Rückkehr der Speisen bewirke. Doch kann auch bei nervösen Individuen die Rumination durch gesteigerte Erregbarkeit mehrerer in der Medulla oblongata nebeneinander liegender Centren bedingt sein. Schmaltz (51) bringt 3 Krankengeschichten und bespricht die Geschichte und die Theorien der Rumination. Nach seiner Auffassung wird durch einen coordinirten Reflexakt ein Bissen aus dem Chymus herausgepresst und durch antiperistaltische Bewegungen der Speiseröhre in den Mund befördert. Auch er nimmt eine gewisse nervöse Disposition an, die erforderlich sei, um auf geringe Reize mit solchen krankhaften Leistungen zu antworten.

Auch Linossier und Lémoine (52) veröffentlichen einen Fall von Rumination, der aber deshalb ein besonderes Interesse beansprucht, weil in ihm das chemische Verhalten des Mageninhalts ausserordentlich wechselte.

Der Mann ruminirte seit 5 Jahren und gab an, dass die heraufkommenden Bissen bisweilen so sauer seien, dass er sie sofort ausspeien müsste, sonst schluckte er sie wieder herab. Sonstige Erscheinungen von Seiten des Magens waren nicht vorhanden. Da der Kr. von Stunde zu Stunde einen Theil seiner Nahrung herausgeben konnte, eignete er sich sehr zur Verfolgung des chemischen Verhaltens. Es wechselten Perioden von verlangsamter Verdauung und starker Acidität, mit solchen von sehr kurzdauernder Digestion, vorzeitigem Auftreten von HCl, danach folgte eine Periode von normaler und später eine von abgeschwächter Sekretion. Gleichzeitig mit dem Stadium der vorzeitigen Hyperacidität war Polyurie mit Phosphaturie, sowie grossem Reichthum des Harns an Harnstoff und Chloriden vorhanden. L. u. L. sind geneigt, den Fall als Magenkrankheit sui generis aufzufassen, doch liegt es wohl näher, wegen der bestehenden Rumination und der eigenthümlichen Erscheinungen im Harn, die Störung für eine nervöse zu halten.

Die Frage, welche von Talma früher angeregt wurde, ob es eine in Hyperästhesie der Magenschleimhaut gegenüber HCl bestehende, selbständige Magenneurose gäbe, beantwortet Löwenthal (54) durch Versuche an kranken und gesunden Menschen, welchen Salzsäure und Milchsäure in stark concentrirten Lösungen eingegossen wurde. Es zeigte sich, dass der Magen sogar gegenüber starken Concentrationen sehr unempfindlich ist. Man könne daher keine Hyperästhesie annehmen; da, wo starke Schmerzen auf der Höhe der Verdauung beständen, die durch Alkalien gemildert würden, müsse man an Ulcus oder Erosionen denken und nur da, wo diese mit Sicherheit auszuschliessen wären, wäre die Annahme einer Sensibilitätsneurose gestattet.

Mit wenig Worten sei hier schliesslich noch eine Arbeit von Engelhardt (53) erwähnt, die mit einer sehr oberflächlichen Kritik der Bedeutung des Salzsäurebefundes beginnt und sich in Theorien über die Beziehungen von Atonie zur Hypersekretion verliert. Hauptsächlich wendet E. sich gegen die Anschauung, dass eine primäre Hypersekretion durch den Reiz der Säure den Pylorus zum krampfhaften Schluss bringen, dadurch eine Dilatation des Magens hervorrufen könne. Das primäre sei die Atonie.

Die *chronische Hypersekretion* bildet den Gegenstand einer Reihe neuer Erörterungen. Bovet (55) bringt das Leiden in Beziehung zu rheumatischen und nervösen Störungen. Unter dem Einfluss der Lehre Hayem-Winter's, dass die Salzsäure des Magensaftes nicht als solche, sondern als mineralisches Chlor ausgeschieden würde, das sich erst bei Beginn der Zellthätigkeit, nach der Einfuhr der Mahlzeit in HCl umsetze, und zwar durch Vermittelung der intracellulären Phosphorverbindungen, nimmt er an, dass die Arthritiker, Rheumatiker und Gichtischen wegen des Chlorreichthums ihres Blutes zur Hypersekretion neigen, die „Nervösen" aber wegen der bekannten Beziehungen zwischen Rheumatismus und Nervenleiden wahrscheinlich den gleichen Einflüssen unterliegen.

Johnson u. Behm (56) haben bei 3000 Personen nüchtern und nach Probemahlzeiten die Verdauung geprüft, um die Häufigkeit der verschiedenen Störungen des Chemismus festzustellen. Es ergab sich ein sehr hoher Procentsatz von Hyper-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

sekretion und Hyperacidität, doch wurde in einer sehr grossen Anzahl von Fällen der nüchterne Magen leer gefunden, was den unten angeführten Schreiber'schen Behauptungen widerspricht. Die Verbreitung der krankhaft gesteigerten Sekretion bewegt sich in sehr weiten Grenzen, es scheint, dass kein Lebensalter, kein Beruf, kein Stand, keine besonderen Lebensverhältnisse davor schützen. Besonders zeigte sich das weibliche Geschlecht stark betheiligt. Der Zusammenhang mit nervösen Leiden, als Theilerscheinung einer Neurasthenie oder als Reflexneurose, der Zusammenhang mit psychischen Alterationen konnte nicht nur bei den periodischen und paroxysmalen, sondern auch bei den chron. Formen des Leidens beobachtet werden. Ueber die Beziehungen zu Ulcus und zur Dilatation, sowie über die Behandlung enthält die Arbeit nichts Neues. Schreiber (57) kommt auf seine früheren Untersuchungen zurück, durch die er erwiesen zu haben glaubt, dass der nüchterne Magen normaler Weise Salzsäure secernire. Im Hinblick auf die ihm seiner Zeit gemachten Einwände, dass seine Befunde sich hauptsächlich durch die Wirkung des Sondenreizes im nüchternen Magen erklären lassen und keineswegs mit den Fällen continuirlicher Saftsekretion zu vergleichen seien, betont er, dass seine Versuche die erste Möglichkeit nach Kräften vermieden hätten und dass, wenn sie zu Recht beständen, die Anwesenheit von geringen Mengen reinen Magensaftes im leeren Magen nicht zu bestreiten sei. Da eine fortdauernde Resorption und Wegschaffung der Mengen aus dem Magen stattfände, so könne natürlich nicht viel darin gefunden werden. Durch diese Thatsache werde das Krankheitsbild des continuirlichen Magensaftflusses seines typischsten Zeichens beraubt, vor Allem da, wo es sich um die Anwesenheit mittlerer Werthe bis zu 100 ccm im leeren Magen handele. Wenn die Menge $^1/_2$ Liter und darüber betrüge, sei zweierlei zu beachten. Einmal gelänge es fast nie oder jedenfalls nur sehr schwer einen ektatischen Magen völlig leer zu spülen und ferner wirke die gründliche Abendauswaschung als genügend starker Reiz, um solche reichliche Abscheidungen zu erklären. Für Schr. ist die Hypersekretion nichts Anderes, als die gewöhnliche Magenerweiterung, als welche er auch den bekannten I. Reichmann'schen Fall ansieht. Er gebe zu, dass man die Dilatationen in solche mit Super-, Sub- und Anacidität unterscheiden könne, sieht aber in dem von den Autoren geschilderten typischen Bilde der chron. Hypersekretion keine selbständige Erkrankung, sondern die Folge der diagnostischen Manipulationen.

Diesen Ausführungen hält Riegel (58) auf Grund neuer an nüchternen Magen-Gesunden und -Kranken vorgenommenen Untersuchungen und unter Rückblick auf die früheren von Hoffmann und Pick angestellten von Neuem entgegen, dass der von Schr. als normal aufgefasste Magensaft nur als Folge der Sondenreizung anzusehen ist. Aber selbst wenn die Schr.'sche Beobachtung in einer Anzahl von Fällen der Wirklichkeit entspräche, so seien die von ihm für die pathologische Hypersekretion gezogenen Schlüsse durchaus irrig. In dem Bestreben, die Fälle als Gastroektasien aufzufassen, liege ein Rückschritt. Die Magenerweiterung sei ein anatomischer Begriff, der den Folgezustand vorausgegangener anatomischer oder funktioneller Veränderungen bezeichne. Gerade aus diesem allgemeinen symptomatischen Begriffe ein klinisch besonders erkennbares Bild herausgeschält zu haben, sei das Verdienst der modernen Magenpathologie und eine Frucht der chemischen Untersuchung. Es sei gleichgültig, ob die Bezeichnung des Krankheitsbildes nach dem vorwiegenden Symptom des chemischen Verhaltens glücklich gewählt ist oder nicht, das Krankheitsbild selbst habe eine Reihe ganz charakteristischer Zeichen, die sich bei anderen Dilatationen und Atonien eben nicht fänden, so dass schon ohne chemische Untersuchung in den meisten Fällen die Diagnose richtig gestellt werden könne. Zudem sei die Ektasie nicht unbedingt nöthig; Reichmann's Fall sei z. B. von keiner solchen begleitet gewesen. Es giebt eben Hypersekretionen ohne Ektasien, wie es Ektasien ohne Hypersekretionen giebt. Dass die diagnostischen Manipulationen das Vorhandensein des Magenflusses vortäuschen können, bestreitet R. mit Hinblick darauf, dass bei Kranken mit Hyperacidität nach abendlicher Ausspülung sich nüchtern kein Magensaft vorfindet. Man müsse daher an dem Krankheitsbilde der Hypersekretion festhalten, zumal bei den zweifellosen Erfolgen der Behandlung.

Eine Ergänzung zu den von Bouveret und Devic (Jahrbb. CCXXXVIII. p. 37) beobachteten Beziehungen zwischen *Hypersekretion* und *Tetanie* giebt die casuistische Mittheilung von Richartz aus der Riegel'schen Klinik.

Es waren 2 Kr. mit chron. Hypersekretion. Der eine wurde eine kurze Zeit beobachtet, befand sich im Stadium des Nachlasses der Erscheinungen, bei dem anderen waren wochenlang die typischen Erscheinungen der chronischen continuirlichen Magensaftsekretion wahrgenommen worden. Beides waren Männer in mittleren Jahren. Der 1. Kr. bekam ziemlich unvermittelt eine regulär verlaufende Tetanie. Unter allgemeiner Abgeschlagenheit zeigten sich tetanische Krämpfe, Trousseau'sches Phänomen, Facialissymptom, Zunahme der mechanischen und elektrischen Erregbarkeit. Der Tod erfolgte nach 21 Stunden. Der 2. Kr. zeigte keine ausgesprochene Tetanie, sondern das Bild einer schweren Intoxikation, die allmählich einsetzte und bald in Somnolenz und Koma überging. Charakteristisch war eine ausgesprochene Katalepsie und Flexibilitas cerea. Aufregungzustände wechselten mit Koma ab, die Temperatur schwankte zwischen 35.4° und 38.0°. Auch hier war vor Eintritt der Krankheitserscheinungen der Magensaft säureärmer geworden. Der Urin enthielt kein Aceton. In beiden Fällen ergab die Sektion Pylorusstenose auf Grund eines Magengeschwürs und starke Dilatation.

Thiroloix und Dupasquiez (60) berichten über einen ähnlichen Fall. Klinisch war er ausgezeichnet

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

durch heftige Erscheinungen von Magengeschwür, reichliches Erbrechen, Schmerzen bei leerem und bei gefülltem Magen, Hyperacidität und enorme Magenerweiterung. Im Laufe der Erkrankung stellten sich tetanische Anfälle unter starker Herabsetzung der Temperatur und Umnebelung des Bewusstseins ein. Interessant war dabei das Auftreten von zuerst einfacher, später mit Albuminurie verbundener Polyurie. Die Autopsie ergab auch hier eine enorme Magenerweiterung auf Grund einer ulcerösen Pylorusstriktur.

Als eine Ursache chronischer Gastritis und der damit verbundenen Anämie beschuldigt Hildebrandt (61) das Verschlucken der Zersetzungsprodukte aus der Nase bei Ozaena; durch geeignete Behandlung besserten sich die Symptome.

Einen allgemein-pathologisch sehr interessanten Beitrag zur Kenntniss der *Beziehung zwischen Magenkrankheiten und allgemeinen Leiden* liefert Eisenlohr (62).

- Ein 59jähr. Tagelöhner bot gleichzeitig die Erscheinungen einer schweren Anämie, einer Magenerkrankung und eines spinalen Leidens dar. Die Magenerscheinungen traten anfänglich wenig in den Vordergrund, es bestanden Obstipation, später Durchfälle, der Appetit war gut, doch fehlte freie HCl. Die nervösen Erscheinungen bestanden in Paresen und Atrophien in den Armen und Beinen, abnormen Muskelspannungen in den Beinen, Fehlen der Patellarreflexe. Die Sensibilität war ohne grobe Störung, später stellte sich Sphinkterenlähmung ein. Unter starken Diarrhöen und schnellem Kräfteverfall starb der Kranke. Die Obduktion zeigte, dass Magen- und Dünndarmwand ausserordentlich dünn waren, die Schleimhaut faltenlos. Die mikroskopische Untersuchung ergab einen Schwund der drüsigen Apparate in Magen und Dünndarm in den verschiedenen Stadien der Degeneration. Im Rückenmarke Hinterstrangsklerose und Seitenstrangdegeneration, die Lokalisation der ersteren entsprach der typischen bei Tabes dorsalis, wohingegen die letztere weniger charakteristisch war.

E. fasst den Fall so auf. Auf Grund des Magen- und Darmleidens bildete sich die schwere Anämie aus, durch deren toxische Stoffwechselprodukte die combinirte Markdegeneration entstand. Die Magen- und Darmschleimhautatrophie darf nach E.'s Anschauung nicht als Schlussstadium einer entzündlich katarrhalischen Wucherung, sondern nur als genuine primäre degenerative Atrophie gedeutet werden. Die von Anderen gefundene Beziehung zu den Nervenendigungen im Plexus mesentericus wurde hier nicht erwiesen. Auffallend waren in dem Falle die geringen Beschwerden der Magen- und Darmerkrankung, doch ist dieses nicht ohne Analogien.

Ueber die *Beziehungen zwischen Tuberkulose und Magenleiden* liegen 2 Vorträge französischer Kliniker vor. Potain (63) unterscheidet eine Anfangsform der Gastritis bei Tuberkulösen (syndrome initial gastrique Marfan's) und eine Endform. Die Erscheinungen der ersteren sind anfänglich nur Appetitlosigkeit oder Launenhaftigkeit des Appetits, allmählich stellen sich Magenschmerzen, Flatulenz, Pyrosis und ein den Husten begleitendes Erbrechen ein. Dieser „Magenhusten" bildet einen Circulus vitiosus, der Husten ruft das Erbrechen hervor und das Erbrechen wieder neuen Husten. Die Zunge ist gewöhnlich feucht und glatt, bisweilen besteht geringe Ektasie. Bei der Endform ist die Zunge trocken, es bestehen Schmerzen im Epigastrium. Die Bauchmuskeln sind stark contrahirt, das Erbrechen ist nicht constant, allmählich stellen sich Diarrhöen ein: stets ein Signum mali ominis. Ausser diesen Ursachen für das Erbrechen der Phthisiker giebt es noch ein nervöses, hervorgerufen durch den Druck tuberkulöser Drüsen auf den Vagus, welcher dadurch continuirlich oder intermittirend gereizt wird. P. konnte diese Annahme in einem Falle durch die Obduktion bestätigen. Die Behandlung der Anfangsform besteht in Amaris (T.gentianae, Colombo oder Nux vomica), eventuell Pepsin, Salzsäure, gegen die Schmerzen Opium oder Belladonna, zur Steigerung des Appetits Sauerstoff-Inhalationen, unter Umständen auch Alimentation forcée. Die Behandlung der 2. Form ist rein diätetisch und durch Narkotica.

Auch Hayem (64) unterscheidet die Anfangsform, welche bei beginnender oder drohender Phthise sich bemerkbar macht, von der, welche eine Begleiterscheinung der fortgeschrittenen tuberkulösen Erkrankung darstellt. Die Prüfung des Chemismus ergab sehr schwankende Resultate bei beiden Formen. Anatomisch fanden sich ausser den sehr seltenen tuberkulösen Magengeschwüren die Zeichen des gewöhnlichen Katarrhs, parenchymatöse und interstitielle Entzündungen. Klinisch ist es von Bedeutung, dass oft heimliche seit der Kindheit oder Pubertät bestehende Gastritiden, die durch Missbrauch von Medikamenten, Alkohol u. s. w. entstanden sein können, deutlich werden, wenn bei beginnender oder gefürchteter Phthise eine antituberkulöse Ernährungstherapie eingeschlagen wird, der sich der Magen nicht gewachsen zeigt. Die Fortschritte der Tuberkulose stehen in keinem Verhältniss zu der Stärke des Magenleidens, im Gegentheil zeigen sich die Magen notorischer und schwerer Phthisiker oft sehr leistungsfähig, unter Umständen ist also der Einfluss der Tuberkulose auf die Digestionsorgane sehr gering. Die gastrischen Erscheinungen der vorgeschrittenen Phthise sind als Reflexerscheinungen des allgemeinen Leidens, zum Theil auch als Zeichen der chronischen Infektion aufzufassen und haben nichts Specifisches. (Schluss folgt.)

253. **Ueber die Behandlung des Myxödems.** (Fortsetzung; vgl. Jahrbb. CCXLI. p. 38.)

Wir geben im Folgenden kurze Mittheilungen über eine grössere Zahl von Fällen, in denen die Behandlung theils in Einpflanzung von Schilddrüsen, theils in subcutanen Injektionen von Schilddrüsenextrakt, theils endlich in innerlicher Darreichung von Schafschilddrüse bestand. In der allerletzten Zeit sind auch bereits von 3 Autoren kurze tabellarische Zusammenstellungen über die Behandlung des Myxödems mit Thierschilddrüsen erschienen.

Lundie (Edinb. med. Journ. XXXVIII. p. 996. May 1893) hat 32 Myxödemfälle, in denen subcutane Injektionen von Schilddrüsenextrakt vorgenommen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

wurden, und 14 Fälle, in denen die Schilddrüse per os eingenommen wurde, zusammengestellt.

Kinnicutt (New York med. Record XLIV. 15. 1893) hat 14 Fälle mit Schilddrüseneinpflanzung, 34 Fälle mit Injektionsbehandlung und 32 Fälle mit innerlicher Schilddrüsenbehandlung aus der Literatur gesammelt.

Eine grössere Diskussion über Myxödem hat im Februar 1893 in der medico-chirurgical Society in Edinburgh stattgefunden (Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. XII. p. 121. 1893).

Notes on a case of myxoedema treated by thyreoid grafting; by J. Macpherson. (Edinb. med. Journ. XXXVII. p. 1021. May 1892.)

39jähr. Frau mit seit 3 Jahren bestehendem schweren Myxödem. *Implantation einer halben Schafschilddrüse.* Schon 12 Std. später entschiedene Besserung, hervorgerufen durch Resorption des Drüsensaftes. Die *Besserung* hielt Monate lang an, und zwar dadurch, dass ein Theil der implantirten Drüse vaskularisirt wurde.

Myxoedème congénital traité par les injections hypodermiques de suc thyroïdien et par la greffe des corps thyroïdes; par Robin. (Gaz. hebd. de méd. et de chir. 38. 1892.)

Kind von 7 J. mit *angeborenem Myxödem* und zahlreichen rhachitischen Symptomen. Das Kind war erst im 10. oder 11. Mon. der Schwangerschaft geboren worden und wog bei der Geburt 14 Pfund.

4 Monate lang täglich *Injektion von Hammelschilddrüsensaft.* Auffallende Besserung, Abnahme des Oedems; das Kind lernte laufen, sprechen u. s. w.

Um die vorübergehende Wirkung der Injektionen durch ein bleibendes Heilmittel zu ersetzen, *verpflanzte R. die einem lebenden Hammel entnommene Schilddrüse unter die Brusthaut des Kindes.* Sie heilte an dieser Stelle ein.

Weitere Nachrichten fehlen über diesen Fall.

Remarks on the treatment of myxoedema with thyroid juice with notes of four cases; by Murray. (Brit. med. Journ. Aug. 27. 1892.)

M. hat 4 Kr. mit Myxödem mittels *subcutaner Einspritzungen von Schilddrüsenextrakt* behandelt. Bei 2 Pat. trat eine auffallende *Besserung* ein, während die beiden anderen, die an Herzschwäche litten, unter der Behandlung plötzlich an Synkope zu Grunde gingen. Aber auch bei diesen beiden Kr. hatten sich die Symptome des Myxödems erheblich gebessert.

In der Epikrise zu diesen Fällen hebt M. hervor, dass das Schilddrüsenextrakt, dessen Herstellung er genau beschreibt, zu den sogen. Herzgiften zählt. Auch Pat. mit ganz normalem Herzen bekommen nach den Injektionen öfters Uebelkeit, Kopfschmerz, Schwindel, Herzklopfen u. A. m.

Case of myxoedema with restless melancholia treated by injections of thyroid juice: recovery; by Shaw. (Brit. med. Journ. Aug. 27. 1892.)

Fall von Myxödem mit gleichzeitig bestehender Melancholie bei einer 33jähr. Frau. Behandlung mit *Injektionen von Schilddrüsenextrakt. Besserung* des Myxödems und der Melancholie. Quantitative oder qualitative Veränderungen des Harns konnten nicht nachgewiesen werden, dagegen besserte sich die Blutbeschaffenheit deutlich, indem sich der Hämoglobingehalt und die Zahl der rothen Blutkörperchen vermehrten.

A case of myxoedema with insanity treated by the subcutaneous injection of thyreoid extract; by C. Beadles. (Brit. med. Journ. Dec. 24. 1892.)

50jähr. Fräulein mit ausgesprochenem Myxödem im 3. Stadium und schweren maniakalischen Zuständen. *Subcutane Injektionen von Schilddrüsenextrakt.* Auffallende *Besserung* der Symptome des Myxödems und der psychischen Erscheinungen.

A case of myxoedema with insanity treated by injection with extract of thyreoid gland; by E. C. Carter. (Brit. med. Journ. April 16. 1893.)

43jähr. Frau mit ausgesprochenem Myxödem und schweren psychischen Störungen. *Einspritzungen von Schilddrüsenextrakt.* Während die Erscheinungen des Myxödems zurückgingen, *besserten* sich die psychischen Störungen nur unvollkommen.

Case of myxoedema treated by injection of sheep's thyroid at Mentone; by J. K. Barton. (Dubl. Journ. of med. science CCLVII. May 1893.)

B. behandelte eine 58jähr. Frau, die vor 3 Jahren im Anschluss an schweren Kummer an Myxödem erkrankte, mit 23 *subcutanen Injektionen von Schafschilddrüsen-Extrakt.* Diese Injektionen wurden im Verlauf von 2 Monaten gegeben. Rasche *Besserung.*

A case of myxoedema cured by thyroid extract; by J. Henry. (Brit. med. Journ. April 8. 1893.)

44jähr. Frau mit seit 14 Jahren bestehendem Myxödem. Behandlung mit *subcutanen Injektionen* von Schilddrüsenextrakt; später *innerliche Darreichung von Schafschilddrüsen* (jeden 2. Tag einen Lappen einer Schafschilddrüse). *Verschwinden* aller Symptome.

The treatment of myxoedema; by R. A. Lundie. (Edinb. med. Journ. XXXVIII. 11; May 1893.)

L. behandelte ein 54jähr. Fräulein, das seit circa 14 Jahren an Myxödem litt, zunächst mit *subcutanen Injektionen von Schilddrüsenextrakt.* Es trat auch schon nach der 2. Injektion eine deutliche Besserung ein. Aber an die nächsten Injektionen schlossen sich trotz aller Vorsichtsmaassregeln Abscesse, Uebelkeit, Brustbeklemmung und Aehnliches an, so dass L. zur *innerlichen Darreichung von Schilddrüsenextrakt* überging. Ausgezeichneter *Erfolg.*

A case of myxoedema successfully treated by injections of the extract of sheep's thyroid; by Wallace Beatty. (Dubl. Journ. of med. science CCLVII. May 1893.)

50jähr. Frau mit Myxödem, das sich seit 4 Jahren mit Eintritt des Klimakterium ausgebildet hatte. Vom 4. März bis 2. April 1892 Behandlung mit *subcutanen Injektionen von Schafschilddrüsenextrakt.* Pat. erhielt im Ganzen das Extrakt von 2 Drüsen. Auffallende, rasche *Besserung* aller Symptome. Vor der Entlassung erhielt Pat. noch mehrere Gaben von *Schilddrüsenextrakt innerlich.*

B. berichtet dann noch kurz über eine Patientin, die er früher in gleicher Weise behandelt hatte (s. Jahrbb. CCXXXIV. p. 145). Bei dieser traten, nachdem die Behandlung mehrere Monate ausgesetzt worden war, wieder schwerere Erscheinungen von Myxödem auf, die aber nach einigen subcutanen Injektionen von Schilddrüsenextrakt vollkommen verschwanden.

A case of myxoedema, with insanity, treated by thyroid feeding and thyroid extract; by H. Marr. (Glasgow med. Journ. XL. 2. 1893.)

51jähr., früher stets gesunde Frau. Vor 4 Jahren Menopause und seitdem ausgeprägte Symptome von Myxödem mit geistiger Störung. 3 Wochen lang *innerliche Darreichung von frischer Schafschilddrüse;* dann von Glycerinextrakt von Schafschilddrüse. Auffallende fortschreitende *Besserung.* Fortsetzung der Kur.

Myxoedema. — The functions of the thyroid gland and the present method of treatment of myxoedema; by F. Kinnicutt. (New York med. Record XLIV. 15. 1893.)

49jähr., seit Jahren an ausgesprochenem Myxödem leidende Frau. *Fütterung mit Schafschilddrüsen.* Auffallende *Besserung.*

Un cas de myxoedème traité par le suc thyroïdien administré per os. Guérison rapide; par E. Bugs. (Journ. de Méd., de Chir. et de Pharm. XXV. 1893.)

Ausgeprägter Fall von Myxödem; *innerliche Darreichung* eines Glycerinextraktes zerkleinerter Schilddrüsen. Auffallend rasche *Heilung* [?].

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

The treatment of myxoedema by feeding with the thyroid gland of the sheep; by J. Shapland. (Brit. med. Journ. April 8. 1893.)

52jähr. Patientin, seit 10 Jahren krank. Ausgesprochenes Myxödem. Verschwinden aller Symptome auf mehrmonatige *innerliche Darreichung von Schafschilddrüsen.* Die Kranke musste 2 Monate lang jeden Morgen eine halbe Schafschilddrüse roh essen.

A case of sporadic cretinism treated by thyroid feeding; by John Thomson. (Edinb. med. Journ. XXXVIII. May 1893.)

Th. behandelte einen 18jähr. Pat. mit ausgeprägtem *sporadischem Cretinismus* mittels *innerlicher Darreichung von Schafschilddrüse* (2mal wöchentlich $^1/_4$ Schilddrüse). Nach $3^1/_2$ Monaten bereits auffallende *Besserung,* Grössenzunahme u. s. w.

Six cases of myxoedema treated by thyroid feeding; by G. H. Melville Dunlop. (Edinb. med. Journ. XXXVIII. May 1893.)

D. hat in 6 ausgesprochenen Fällen von Myxödem (46jähr. Fräulein und deren Zwillingsschwester, 43jähr., 56jähr. und 48jähr. Frau, 63jähr. Mann) mittels *innerlicher Darreichung von Schilddrüsenextrakt* auffallende *Besserungen* erzielt.

Ein Fall von Myxödem durch Fütterung mit Glandulae thyreoideae (von Kälbern) geheilt, nebst einer Hypothese über die physiologische Funktion dieser Drüse; von Dr. L. Nielsen in Kopenhagen. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVI. 9. 1893.)

33jähr,. früher gesundes Fräulein. Seit 1880 leichte, zum Theil wieder vorübergehende Symptome von Myxödem. Von 1885 an entwickelten sich die charakteristischen Symptome des Myxödems. Schwerer Fall! October 1892 Beginn der Behandlung mit *innerlicher Darreichung von einer gekochten Kalbschilddrüse täglich.* Zeitweises Aussetzen der Kur wegen schlechten Allgemeinbefindens, Diarrhöe u. s. w. Im Uebrigen täglich $^1/_2$—$^1/_3$ Drüse. 3 Monate nach Beginn der Behandlung konnte man die Pat. als *völlig geheilt* ansehen.

Note on a case of myxoedema which ended fatally shortly after the commencement of thyroid treatment; by J. Thomson. (Edinb. med. Journ. XXXVIII. May 1893.)

Th. berichtet über ein 56jähr. Fräulein mit schwerem Myxödem, bei welchem 3 Wochen nach der Behandlung mit Schafschilddrüse (Pat. hatte im Ganzen $2^1/_4$ Drüsen genommen) der *Tod* an Herzschwäche eintrat. Th. glaubt, dass der tödtliche Ausgang in diesem Falle hätte vermieden werden können, wenn die Schilddrüse von vornherein in grösseren Gaben verabfolgt worden wäre.

Case of myxoedema cured by thyroid feeding; by A.C. Miller. (Edinb. med. Journ. XXXIX. Sept. 1893.)

M. hat bei einer 46jähr. Pat., die schon seit einer Reihe von Jahren an schwerem Myxödem litt, ein vollständiges Zurückgehen aller Krankheitsymptome durch eine, mehrere Monate fortgesetzte *innerliche Darreichung von Schafschilddrüse* erzielt.

Ueber die Myxödemform des Kindesalters und die Erfolge ihrer Behandlung mit Schilddrüsenextrakt; von Dr. H. Rehn in Frankfurt a. M. (Verhandl. d. Congr. f. innere Med. XII. p. 224. 1893.)

Auf Grund eigener Erfahrungen kann R. bestätigen, dass wir in der Darreichung des Schilddrüsenextraktes eine zuverlässige Behandlungsmethode besitzen, um den Symptomencomplex des sogenannten Myxödems auch beim Kinde zu beseitigen. Aber dies geschieht nur für eine bestimmte Zeit. Eine definitive Heilung bleibt der Chirurgie vorbehalten, wenn es ihr gelingt, mit der Implantation von Schilddrüsengewebe auch dauernde Funktionirung desselben zu erzielen, wie dies Louis Rehn bei einem 14jähr. Mädchen gelang.

R. hat bei einem $6^1/_2$- und einem $4^1/_2$jähr. Mädchen mit Myxödem vom 9. Febr. bis Anfang April 1893 die Behandlung mit Schilddrüsenextrakt mit günstigem Erfolge ausgeführt. Die Kinder erhielten täglich Nachmittags einmal 10 Tropfen in einem Löffel abgekochten Zuckerwassers. Beide Kinder haben bisher im Ganzen das Extrakt von $2^2/_3$ Hammelschilddrüsen genommen. Nur einmal, bei der Steigerung der Dose auf 15 Tropfen, trat bei dem jüngeren Kinde ein Schwächezustand ein, welcher das Aussetzen der Medikation erforderte; sonst konnte R. keine unliebsamen Folgeerscheinungen beobachten.

Der *Erfolg der Behandlung* zeigte sich in dem Schwund der myxomatösen Infiltration mit Rückkehr der gestörten Funktion der betroffenen Organe zur Norm.

Das *Symptomenbild des Myxödems im Kindesalter* ist mit dem im späteren Lebensalter sich darbietenden völlig gleich, nur kommt beim Kinde eine sehr wesentliche Erscheinung hinzu: die Wachsthumshemmung. Auch das Wachsthum wurde bei den beiden kleinen Patientinnen durch die Darreichung von Schilddrüsenextrakt ausserordentlich gefördert. P. Wagner (Leipzig).

[*Stoffwechseluntersuchungen nach Behandlung mit Glandula thyreoidea an Individuen mit und ohne Myxödem;* von F. Vermehren in Kopenhagen. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 43. 1893.)

Drei Myxödemkranke, welchen Schilddrüsensaft verabreicht wurde, zeigten bei annähernd gleicher Stickstoffeinnahme eine erhebliche Steigerung der Stickstoffausscheidung, während diese vorher beträchtlich zurückgeblieben war. Das Körpergewicht der Kranken nahm ab. Die Wasserabgabe war erhöht. Vergleichende Versuche an Gesunden und an Greisen liessen bei ersteren nur eine geringe Beeinflussung des Stoffwechsels durch Schilddrüsensaft erkennen, bei letzteren dagegen eine Wirkung, „die in der Hauptsache, nämlich dem vermehrten Umsatze der stickstoffhaltigen Bestandtheile, ganz dem Verhalten beim Myxödem entspricht und die in Betreff der Temperatur, des Pulses, der Respiration und der Diurese unzweifelhaft ebenfalls eine, obgleich nicht so constante Uebereinstimmung zeigt".

On sporadic cretinism in America; by W. Osler. (Amer. Journ. of the med. sciences CVI. 5. p. 503. Nov. 1893.)

Nach einer geschichtlichen Einleitung macht O. einige Bemerkungen über die geographische Verbreitung des Cretinismus in den Vereinigten Staaten und in Canada. Soweit seine eigenen Erfahrungen reichen und so viel sich aus den Mittheilungen Anderer erkennen lässt, kommt Cretinismus in Amerika nicht endemisch vor. Den Schluss der Arbeit bildet die Mittheilung von 2 eigenen und 10 fremden Beobachtungen von Cretinismus. In einem Falle handelt es sich um die Entwickelung von Myxödem nach Entfernung der Schilddrüse. Brückner (Dresden).]

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

254. **Ueber die Beziehungen einiger Hauterkrankungen zu Störungen im Verdauungstracte**; von A. Pick. (Wien. med. Presse XXXIV. 31. 1893.)

In einem Falle von Urticaria, welche jedesmal nach dem Genusse von Kartoffeln und eingemachtem Obst auftrat, konnte P. den Ausbruch der Hauterkrankung durch Darreichung von Kreosot (3mal täglich 0.05 g) verhindern. Er erklärt dies durch die antifermentative Wirkung des Mittels im Magen. Urticaria und Erytheme treten häufig bei Leuten auf, welche an einer Verlangsamung der Bewegung im Verdauungsrohre leiden; es kommt dabei leicht zu abnormen Zersetzungen und Fäulniss der Ingesta, wodurch wahrscheinlich auf chemischem Wege die Vasomotoren erregt werden. Aehnlich wie Kreosot wirkte Ichthyol. Ein allgemeines Erythem, welches im Anschluss an Magenkrämpfe früher schon 5mal aufgetreten war, wich ebenfalls dem Kreosot. Herpes ist häufig von Verdauungstörungen begleitet, Purpura und polymorphe Erytheme finden sich bei Icterus perniciosus, Erytheme und Hautblutungen bisweilen bei Tänien. Eine in grösserer Ausdehnung bei Rekruten auftretende Furunkulose hing vermuthlich mit dem plötzlichen Uebergang zur ungewohnten Fleischkost zusammen. Wermann (Dresden).

255. **Ein dermatologisches System auf pathologisch-anatomischer (Hebra'scher) Basis**; von Jessner. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. III. Erg.-Heft 1893.)

Trotz vieler Bemühungen ist es bis jetzt noch nicht gelungen, ein allgemein anerkanntes System der Hautkrankheiten zu schaffen. Als Gesichtspunkte für die Aufstellung der verschiedenen Systeme sind 4 Principien geltend gemacht worden: 1) das semiotische Princip, Eintheilung nach der äusseren makroskopischen Gestaltung der einzelnen Efflorescenzen; 2) das nosologische Princip, Eintheilung nach der ganzen Entwickelung der Krankheit, unter Berücksichtigung des Beginnes, Verlaufes und der Folgen; 3) das ätiologische Princip; 4) das pathologisch-anatomische Princip.

J. gründet sein System auf die pathologische Anatomie, wie Hebra; und es ist als ein vervollkommnetes, den Fortschritten der modernen Dermatologie entsprechendes Hebra'sches System zu bezeichnen. Die ätiologischen Klassen (neuritische Dermatosen und parasitäre Dermatosen) sind entfernt und andere Klassen anders gefasst. Das Fehlen der pathologisch-anatomischen Grundlagen für einzelne Details, die Wahrscheinlichkeit, dass einzelne Krankheiten in Folge neuer Forschung aus einer Klasse in eine andere versetzt werden dürften, sieht J. nicht als Hinderniss an, die Grundzüge festzustellen; im Uebrigen betrachtet er seine Arbeit als einen Versuch, welcher zu Weiterem anregen soll.

Die Klassen des Systems sind folgende: I. Funktionstörungen. II. Anomalien der Blutvertheilung (ohne Entzündungserscheinungen). III. Entzündungen. IV. Hypertrophien. V. Neubildungen. VI. Regressive Ernährungstörungen.

Wermann (Dresden).

256. **Sur l'éléphantiasis congenital**; par Moncorvo. Avec 5 gravures. (Ann. de Dermatol. et de Syph. IV. 3. p. 233. 1893.)

M. berichtet über 3 Fälle aus der Poliklinik in Rio de Janeiro.

1) Ein 3monat. Kind, das 4. aus gesunder Familie gut entwickelt, zeigte bei der Geburt eine bedeutende Anschwellung und Verdickung der Beine, welche andauernd zunahm. Die Haut war prall elastisch gespannt, glatt; geringe Druckempfindlichkeit. Die Beine ähnelten in der That Elephantenfüssen. Doppelseitige Hydrocele.

Behandlung mit dem galvanischen, später faradischen Strom, innerlich Jod brachten die Anschwellung nahezu zum Verschwinden.

2) Ein neugeborenes Kind, das 13. gesunder Eltern, männlichen Geschlechts zeigte das linke Bein in ein Elephantenbein verwandelt, dessen Umfang dem des übrigen Körpers gleichkam. Die linke Regio pubis, Scrotum und Präputium waren an der Geschwulstbildung betheiligt. Diese war im Allgemeinen weich und gelatinös, doch waren verschiedene harte fibröse Massen darin zu fühlen.

3) Ein 11monat. Mädchen, das 2. Kind gesunder Eltern (eine Tante mütterlicher Seite hatte nach wiederholten Lymphgefässentzündungen eine Elephantiasis des linken Arms bekommen), war mit einer Elephantiasis des rechten Armes geboren; die Neubildung erstreckte sich auf den Rücken bis zum linken Schulterblatt, verjüngte sich am Handgelenk, während die Hand wieder in eine unförmliche Masse verwandelt war. In der Achselhöhle unempfindliche starke Drüsen- und Lymphgefässanschwellungen. Die leicht bläulich verfärbte Haut war mit kleinen papillomartigen Auswüchsen besetzt; auf der prall gespannten Haut des Handrückens zahlreiche, eine seröseiterige, übelriechende Flüssigkeit absondernde Erosionen. In der linken Achselhöhle ebenfalls Drüsen und am linken Arm die Anfänge derselben Erkrankung.

Trotz der grossen Seltenheit dieser Erkrankung hat M. schon 1880 2 Fälle von congenitaler Elephantiasis beschrieben, einen 7monat. Knaben mit Elephantiasis des Stammes und des rechten Armes und ein Mädchen mit Elephantiasis beider Beine. Diese 5 Fälle zusammengestellt ergaben 3 der befallenen Kinder männlichen, 2 weiblichen Geschlechts; 2 Kinder gehörten der weissen, 3 einer Mischrasse an, 2mal handelte es sich um die sklerotische Form der Elephantiasis, 3mal um die Mischform, weiche und sklerotische Elephantiasis; in einem Falle ausserdem um Papillombildung. Der Vater eines Kindes war an beiden Beinen von Elephantiasis befallen, in dem oben erwähnten Falle war eine Tante erkrankt.

Bezüglich der Aetiologie geht M. zunächst auf die Ursache der Elephantiasis der Erwachsenen ein; abgesehen von der Filaria sanguinis kommt nach den Untersuchungen Sabouraud's bei den lymphatischen Entzündungen der Elephantiasis der Streptococcus des Erysipels, welcher sich im Blute fand, ätiologisch in Betracht. M. konnte nun ebenfalls in 2 Fällen von Elephantiasis der Erwachsenen während einer Entzündung der Lymphgefässe

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

den Streptococcus nachweisen, während die Filaria sanguinis sich nicht vorfand. Er vermuthet, dass ähnliche Vorgänge bei der congenitalen Elephantiasis in Frage kommen, und zwar derart, dass der in's Blut der Mutter gelangte Streptococcus in den fötalen Kreislauf eindringt und beim Foetus lymphangitische Entzündungen hervorruft, welche die Ursache zu der Elephantiasis werden.

Wermann (Dresden).

257. **Quelques mots sur la pathogénie de l'éléphantiasis**; par Bayet. (Journ. de Méd., de Chir. et de Pharm. LI. 34. p. 545. 1893.)

B. wendet sich gegen die Auffassung der Elephantiasis als eines chron. Stauungs- oder Entzündungsödems. Die Elephantiasis ist keine selbständige Krankheit, sondern ein Symptom verschiedener Krankheiten und beruht demnach auf den verschiedensten Ursachen. Es lassen sich 2 Gruppen unterscheiden: 1) die Elephantiasis in Folge von Filaria sanguinis; 2) die im Anschluss an chronische Hautkrankheiten auftretende Elephantiasis, welche eine infektiöse Erkrankung der Lymphgefässe der Haut darstellt und in einzelnen Anfällen die zunehmende Anschwellung des befallenen Körpertheiles verursacht.

Wermann (Dresden).

258. **Sur une forme particulière d'oedème névropathique** *(pseudo-éléphantiasis névropathique)*; par le Dr. Mathieu. Avec 1 gravure. (Annal. de Dermatol. et de Syph. II. 1. p. 11. 1893.)

Eine 58jähr. Näherin, welche 3mal geboren, 1mal im 2. Mon. abortirt hatte und mit 52 Jahren in's Klimakterium getreten war, suchte zuerst im Jahre 1885 das Hospital auf wegen einer Anschwellung der Knöchel, welche während des Tages bestand, beim Liegen wieder verschwand. Im März 1892 Gallensteinkoliken mit Ikterus. Im Juni 1892 Ischias, systolisches Geräusch an der Aorta, keine wesentliche Herzvergrösserung, 2 Finger breite Leberschwellung. Beide Unterschenkel erschienen auch in der Ruhelage geschwollen, fest, nicht eindrückbar; die Geschwulst schnitt an den Knöcheln scharf ab mit einem Wulst, ähnlich wie bei Elephantiasis. Stand die Kr. auf, so schwollen auch die Füsse an und die Knöchel verschwanden. Das Oedem der Füsse war aber weich und leicht eindrückbar. Im Verlauf des N. ischiadicus Schmerzpunkte.

Da das Oedem der Unterschenkel an den Knöcheln scharf abschneidet und eine eigenartige Härte aufweist, ist es nach M. nicht auf Rechnung des Herzfehlers zu schieben, sondern als neuropathisches Oedem aufzufassen.

Wermann (Dresden).

259. **Examen anatomo-pathologique d'un cas de sclérodermie**; par Vandervelde. (Journ. de Méd., de Chir. et de Pharm. LI. 35. p. 561. 1893.)

Eine Kr., welche nach kurzem Aufenthalt im Krankenhaus starb, hatte symmetrische Veränderungen der Haut des Gesichtes, der Arme, sowie der Oberschenkel gezeigt. Die Haut war verdünnt, glänzend, glatt, der Unterlage angeheftet, die darunter liegende Muskulatur atrophisch. Starke allgemeine Abmagerung. Geringe Sensibilitätstörungen.

Die genaueste mikroskopische Untersuchung sehr zahlreicher Schnitte des centralen Nervensystems konnte keine pathologischen Veränderungen nachweisen; trotzdem mag V. das Nichtvorhandensein einer krankhaften Störung nicht behaupten. Hingegen fand sich eine Sklerose der peripherischen Nerven, welche aber, vom Bindegewebe ausgehend, der Sklerose der Muskeln und der übrigen Gewebe entsprach.

Wermann (Dresden).

260. **Ueber einen Fall von herdweiser Atrophie des subcutanen Fettgewebes**; von Victor Pfeiffer. Mit 1 Tafel. (Deutsches Arch. f. klin. Med. L. p. 438. 1893.)

Eine 23jähr. Frau, welche 3mal und zuerst ein todtes Kind geboren hatte, erkrankte im Jahre 1889 mit flachen, deutlich fühlbaren Verhärtungen in der Haut der Wangen, der Brüste und Extremitäten. Die im Uebrigen unveränderte Hautoberfläche nahm ein livides Aussehen an. Gleichzeitig traten Appetitlosigkeit ein und zunehmende Schwäche der oberen Extremitäten. Eine antisyphilitische Behandlung war ohne Erfolg, dagegen verkleinerten sich unter Arsengebrauch die ältesten Knoten und verschwanden; an ihrer Stelle traten Vertiefungen auf; bald aber entstanden an anderen Stellen neue Knoten. Im weiteren Verlaufe entwickelten sich eine heftige Gesichtsneuralgie und ein Herpes zoster.

Die anatomische Untersuchung ergab an den vertieften Stellen einen Schwund des Fettgewebes. Neben den Zeichen einer chron. Entzündung fanden sich theils mehr, theils weniger atrophische Fettläppchen; die frisch entzündlichen Partien lagen meist herdweise zerstreut und am häufigsten in der Umgebung der kleinen Arterien, von wo aus kleinzellige Infiltrate längs der Bindegewebezüge in's Innere der Fettläppchen sich erstreckten. Das mikroskopische Bild erinnerte sehr an miliare Tuberkulose, namentlich an Stellen, an denen einzelne Fettzellen in einem bestimmten Stadium der Wucherungsatrophie durch Kernwucherung Riesenzellen sehr ähnlich sahen. Meist fand sich einfache Atrophie der Fettzellen vor, Schwund des Fettes bei Kleinerwerden des Zellleibes, bis schliesslich die Zelle fettfrei war und die Grösse einer Bindegewebezelle angenommen hatte. Eine 2. Form ist die seröse Atrophie der Fettzellen, wobei das Protoplasma der Zellen mit zunehmendem Fettschwund an Masse zunimmt, sich trübt, fein gekörnt und gelblich erscheint; es gleichen alsdann nach vollkommenem Schwund des Fettes diese Zellen gequollenen, schleimig degenerirenden Endothelzellen; bei diesen Zellen kommt es leicht durch Proliferation des Zellkerns zur Bildung von Riesenzellen. Die Epidermis zeigte mit ihren Anhangsgebilden keinerlei pathologische Veränderung; das elastische Gewebe der Cutis war weder vermehrt, noch vermindert; Ehrlich'sche Markzellen waren nur in normaler Menge vorhanden.

Der Umstand, dass im vorliegenden Falle die Cutis nur theilweise und sekundär an der Erkrankung betheiligt ist, trennt ihn von der Sklerodermie. Nachdem aber in neuerer Zeit nachgewiesen worden ist, dass bei der Sklerodermie der Process in bestimmten Fällen in den Muskeln einsetzen kann und es zunächst zur Sklerose und Parese in bestimmten Muskeln kommt, die Hautveränderungen hingegen erst später folgen und in ihrer Entwickelung stets um eine Stufe zurückbleiben, liegt die Annahme nahe, dass in bestimmten Fällen, die sich später als Sklerodermie darstellen können, die Erkrankung nicht in der Cutis, sondern im Unterhautfettgewebe einsetzen kann. Es würde also der vorliegende Fall beweisen, dass

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

die initialen Veränderungen des erkrankten Gewebes unzweifelhaft als Entzündungsherde sich darstellen. Von grösster Bedeutung ist schliesslich die ausgesprochene Symmetrie in der Ausbreitung der Erkrankung in dem mitgetheilten Falle. Wermann (Dresden).

VI. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

261. **Pessarbehandlung**; von Dr. E. Morsbach jun. in Dortmund. (Festschr. z. Feier d. 25jähr. Jubiläum d. ärztl. Vereins d. Reg.-Bez. Arnsberg. Wiesbaden 1893. J. F. Bergmann. p. 107.)

M. benutzt seit langer Zeit fast ausschliesslich die mit Gummi überzogenen Kupferringe von 8 mm Wanddicke in *Hodge*-Form, aus welcher sich alle anderen Formen biegen lassen. Um die richtige Form zu erhalten, hat man nach M. unter Umständen sehr viele, bis zu 20 Sitzungen mit jedesmaliger Aenderung der Pessarform nöthig. M. bespricht ausführlich die verschiedenen Anzeigen für die Pessarbehandlung, von welchen hier nur die durch Retroversion bedingte Sterilität hervorgehoben sei. M. empfiehlt in solchen Fällen durch ein immer länger gewähltes Pessar Streckung der Vagina und Richtigstellung der Portio zu bewerkstelligen; in zahlreichen derartigen Fällen hat er nach mehrjähriger Sterilität, zuweilen sofort nach der Einlegung des Pessars eine Schwangerschaft anfangen sehen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

262. **Beitrag zur operativen Behandlung der Lageveränderungen der Gebärmutter**; von Dr. L. Gelpke in Liestal. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVI. 2. p. 335. 1893.)

G. bespricht die Alquié-Alexander'sche Operation und berichtet über 9 von ihm nach dieser Methode Operirte. Nachdem die Ligamenta rotunda beiderseits hinreichend je nach Umständen 7—11 cm hervorgezogen waren, wurden sie gekreuzt, d. h. das eine Ligament wurde mittels einer Pince-*Péan* zwischen Haut und geraden Bauchmuskeln in die gegenüberliegende Wunde geleitet und dort mit dem anderen Ligament mittels eines Seidenfadens zusammengebunden und überdies jedes Band noch an die gleichnamigen Leistenpfeiler durch eine oder mehrere Nähte befestigt. Nach G. giebt die Operation nur mit dieser Abänderung befriedigende und dauernde Resultate.

Die Indikation der Operation muss nach G. eingeschränkt werden. Für den Gebärmuttervorfall kann sie nur wirksam sein in Verbindung mit ergänzenden Operationen am Damm nach dem Vorgange von Doléris und Kocher. Von den Retroflexionen sind vollständig auszuschliessen alle fixirten und alle mit starker Metritis verbundenen. Angezeigt ist die Operation für die freien Retroflexionen, die der gewöhnlichen Pessarbehandlung nicht zugänglich sind und bei denen die Untersuchung die Anwesenheit eines hinreichend starken runden Bandes ergeben hat. Besonders empfehlenswerth ist die Operation nach G. jedoch für die Gebärmutterknickungen der Virgines und Unverheiratheten, bei welchen andere Methoden, wie Vaginofixationen, meist schon wegen der Enge der Scheide unthunlich sind.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

263. **Ventrofixation of the uterus or hysteropexy**; by A. D. Leith Napier and F. J. Schacht. (Brit. med. Journ. Oct. 14. 1893. p. 838.)

N. u. Sch. führten die Befestigung der Gebärmutter an der vorderen Bauchwand 20mal aus; 11mal wegen Verlagerung nach rückwärts, 9mal wegen Vorfalls. Nur 3mal wurde der Stiel (nach Eierstocksentfernung) in der Bauchwunde befestigt, in den übrigen Fällen wurde die Gebärmutter selbst mit durch Bauchfell und gerade Bauchmuskeln geführten Fäden (Silkworm, Seide oder Chromgut) angenäht. N. u. Sch. legen Werth darauf, die Gebärmutter in weiter Ausdehnung an die Bauchwand zu bringen, legen daher die Nähte vom Gebärmuttergrund bis nahe an den Gebärmutterhals. Stärkere Verwachsungen wurden in 5 Fällen gelöst. Von den Operirten starben 2, eine an Sepsis, eine an einer Nachblutung aus gelösten Verwachsungen. Stichkanaleiterungen traten 6mal nach der Operation auf, 4mal nach Seidennaht, 2mal nach Silkworm und Chromgut. In einem Falle von Annähung wegen Vorfalls trat ein Rückfall ein. N. u. Sch. schreiben diesen einer erst nach dem Bauchschnitt erfolgten Operation eines Cervixmyoms zu. [Zu bemerken ist jedoch, dass sämmtliche Operationen erst aus den Jahren 1892 und 1893 stammen! Ref.] Präger (Chemnitz).

264. **The treatment of retroversion of the gravid uterus**; by C. E. Purslow, Birmingham. (Brit. med. Journ. Sept. 16. 1893. p. 628.)

Auf Grund von 6 in den letzten 12 Monaten beobachteten Fällen von Rückwärtsverlagerung der schwangeren Gebärmutter räth P., zum Zweck der Zurückbringung stets vor Anwendung der Betäubung die Kranken in Knie-Ellenbogenlage zu bringen.

In 3 Fällen war die Gebärmutter eingeklemmt, in 2 von diesen trat sie in der Knie-Ellenbogenlage ohne sonstige Einwirkung in die normale Lage zurück, im 3. erst, nachdem die Kranke einige Stunden auf dem Gesicht gelegen hatte. Letzteres Verfahren genügte auch zur Zurückbringung bei fehlender Einklemmung, während einmal auch hier die Knie-Ellenbogenlage nothwendig wurde.

Präger (Chemnitz).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

265. **Beiträge zur Kenntniss des Cervikalsekrets bei chronischen Endometritiden**; von Dr. Sidney Wolf. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 37. 38. 1893.)

W. bediente sich bei seinen in der v. Winckel'schen Klinik angestellten Untersuchungen einer Methode, welche als eine Modifikation der von Döderlein angegebenen zu betrachten ist. Die Untersuchungen erstreckten sich auf 8 an Endometritis erkrankte Frauen und W. giebt über deren Resultate in jedem einzelnen Falle ausführliche Mittheilungen.

W. fand, dass im Cervikalsekret der an Endometritis erkrankten Frauen stets Mikroorganismen vorhanden sind. Während G. Winter in allen Fällen auch Bacillen fand, fand W. meistens Kokken. Er ist geneigt, diese auffallende Verschiedenheit auf die seiner Ansicht nach ungenügenden Methoden Winter's zurückzuführen. Während Winter fernerhin fast in allen Fällen mannigfaltige Arten von Mikroorganismen fand, hat W. nie mehr als zwei, meist sogar nur eine Art gefunden. In der Mehrzahl der Fälle waren es Kokken, welche W. sah, in 2 Fällen Kurzstäbchen und nur in 1 Falle Bacillen. W. schliesst daraus, dass die Bacillen im Cervikalsekret entschieden in geringerer Anzahl vorkommen als die Kokken.

Bezüglich der Pathogenität, bez. der Virulenz der vorhandenen Keime theilt W. die Winter'sche Ansicht, dass das Cervikalsekret in einzelnen Fällen den Staphylococcus pyogenes in abgeschwächter Virulenz enthält. Gonokokken konnte W. nur in einem Falle mit einiger Sicherheit nachweisen.

Bemerkenswerth ist noch, dass W. im Cervikalsekret einen neuen Bacillus gefunden hat, der eine auffällige Aehnlichkeit mit dem Koch'schen Kommabacillus besitzt; W. hat diesen Bacillus eingehend studirt und ihm den Namen Bacillus choleroides gegeben.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

266. **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Endometritis exfoliativa**; von Otto von Franqué. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 1. p. 1. 1893.)

Zur Klärung der Frage, ob die Verwechselung einer Decidua menstrualis mit einem auch noch so frühen Abort durch die mikroskopische Untersuchung stets vermieden werden kann, berichtet v. F. über 5 Fälle der Würzburger Klinik von Endometritis exfoliativa, in denen Abortus mit Sicherheit auszuschliessen war.

Ein Vergleich der an den Zellen der Decidua vera festgestellten Grössenverhältnisse mit den an den Zellen der dysmenorrhoischen Membranen gefundenen zeigt nach v. F., dass ein wesentlicher Grössenunterschied zwischen beiden nicht besteht; nur in der Breite sind durchschnittlich die Verazellen um ein Geringes stärker entwickelt. Den Grössenverhältnissen nach sind wir somit thatsächlich berechtigt, beide Zellformen morphologisch zu identificiren; das Gleiche gilt nach den von v. F. geschilderten mikroskopischen Befunden bezüglich der anderen Kriterien zur Beurtheilung dieser Frage. Auch das Verhalten des Epithels, die Durchblutungen, die Fibrineinlagerungen, die seröse Durchtränkung oder die Auseinanderdrängung der Zellen durch Exsudat, die Durchsetzung mit Rundzellen oder auch die Art der Vertheilung der decidualen Veränderungen können keinen Ausschlag für die Differentialdiagnose geben. v. F. kommt zu dem Schlussergebniss, „dass das Mikroskop allein nicht in allen Fällen im Stande sein wird, die Differentialdiagnose zwischen frühem Abort und seinen Folgezuständen, Extrauteringravidität und Dysmenorrhoea membranacea zu stellen, wenn auch bei Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Momente diese Fälle äusserst selten sein mögen".

Gegenüber H. Meyer hebt v. F. noch besonders hervor, dass auch bei Dysmenorrhoea membranacea ebenso wie bei der Decidua vera die decidualen Zellen aus den Stromazellen der Muscularis hervorgehen und nicht aus eingewanderten Rundzellen. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

267. **Adhäsive Implantation eines Uterusmyoms in den Cervikalkanal**; von H. Leyden. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVI. 2. p. 434. 1893.)

44jähr. Frau. In den letzten Monaten unregelmässig auftretende Blutungen, Uterus durch Tumoren vergrössert. Am 21. Nov. 1892 Abrasio, die entfernten Massen zeigten das Bild der Endometritis fungosa; darauf Stillstand der Blutungen. Am 5. Dec. erneute Blutung. Nach Incisionen der Cervix und keilförmiger Excision verschiedener Geschwulsttheile gelang es, den Tumor so weit herabzuziehen, dass er mit dem Finger ganz umgriffen werden konnte; dabei zeigte sich, dass der Tumor ohne jeglichen Stiel, nur durch eine Anzahl weiterer, leicht stumpf durchtrennbarer, fadenförmiger, sowie bandförmiger Verwachsungen mit seiner Umwandung in Verbindung stand und dass die gebildete Höhle bis auf die verschiedentlichen durchtrennten Verlöthungen mit dem Myom eine vollkommen glatte, von Mucosa überkleidete Oberfläche darbot. An der Bildung dieses Hohlraums war nur der Cervikalkanal betheiligt. Nach Hervorwälzung und Entfernung des kindskopfgrossen Tumor Jodoformgazetamponade des Hohlraums, Ergotin. 39 Tage später wurde die Frau gesund entlassen. Menses normal stark.

Es handelte sich im vorliegenden Falle (Frauenklinik zu Giessen) um ein intramural entwickeltes Myom, welches in den Cervikalkanal frei ausgestossen war und hier durch die erwähnten Verwachsungen mit seiner neuen Umgebung die nothwendigen Ernährungsbedingungen gefunden hatte. Das verhältnissmässig rasche Tiefertreten des Myoms erfolgte, nachdem einmal im Gefolge der Abrasio Wehenthätigkeit sich entwickelt hatte. Ein kleines intramurales, in der hinteren Wand gelegenes Myom wurde zurückgelassen, da es keinerlei Symptome hervorrief.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

268. **Le traitement électrique des fibromes utérins**; par Mally. (Ann. de Gynécol. XL. Oct. 1893.)

Im Hospital Bichat, in der Abtheilung Terrier's, sind von Juli 1890 ab 33 Gebärmutterfibrome der elektrischen Behandlung unterworfen worden.

Die *Blutungen* wurden endgültig beseitigt bei 7 Kranken, 6mal wurden sie mehr oder weniger gebessert; nur 3mal blieb die Behandlung ganz wirkungslos, 2 dieser 3 Kranken zeigten bei dem Bauchschnitt eine Erkrankung der Anhänge, bei der 3. wurde eine Eileitererkrankung vermuthet.

Die *Schmerzen* wurden fast immer geringer, nur bei den 3 Kranken mit Salpingitis, die dem Bauchschnitt unterzogen wurden, blieben sie andauernd.

Eine *Verkleinerung* der Geschwulst trat 4mal in Folge der Behandlung ein, M. erklärt sich diese durch Aufsaugung eines periuterinen Exsudats, 8mal wurde keine Verkleinerung bemerkt, während einmal das Wachsthum der Geschwulst einen chirurgischen Eingriff nothwendig machte. Für nicht angezeigt hält M. die elektrische Behandlung: 1) bei Fibromen, die im fortschreitenden Wachsthum begriffen sind und einen ungeheuren Umfang anzunehmen drohen, 2) bei septischen Processen in den Anhängen, 3) bei andauernden Blutungen ausserhalb der Regel und Entwickelung in die Gebärmutterhöhle und wenn die Geschwülste von unten leicht zu entfernen sind. Präger (Chemnitz).

269. **Ueber die Anwendung der vaginalen Totalexstirpation des Uterus bei interstitiellen Fibromen**; von S. Cholmogoroff in Moskau. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 1. p. 56. 1893.)

Eine 42jähr. Frau hatte 5mal geboren und 1mal abortirt; letzte Entbindung vor 14 Jahren. Die letzten 3 Monate ständig uterine Blutungen. Der Uterus war entsprechend dem 3. Monate der Schwangerschaft vergrössert, die Sonde glitt 15 cm an der vorderen Wand in die Höhe, nach Erweiterung mit *Hegar*'schen Stiften konnte man die Basis eines von der hinteren Wand ausgehenden Fibroms abtasten. Eine Ausschälung des Tumor schien zu gewagt, deshalb vaginale Totalexstirpation. Guter Verlauf, Entlassung 31 Tage nach der Operation.

Der exstirpirte Uterus war 17 cm lang, aus der hinteren Gebärmutterwand ragte in das Uteruslumen ein apfelgrosses, von oben nach unten 7½ cm langes, auf breiter Basis aufsitzendes Fibrom hinein.

Bei 28 in der Moskauer Gebäranstalt ausgeführten vaginalen Totalexstirpationen starb keine einzige Operirte an den Folgen der Operation; eine Kranke starb an Herzparalyse in Folge von Herzverfettung an dem Tage, an dem sie die Anstalt verlassen sollte.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

270. **Ueber eine neue Methode der Totalexstirpation des Uterus**; von Dr. K. A. Herzfeld in Wien. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XVII. 17. 1893.)

Der Unterschied dieser Methode von der bisher geübten sacralen Operation besteht darin, dass die Knochenresektion wesentlich beschränkt wird und dass man an der *rechten* Kante des Mastdarms eingeht, der Mastdarm daher nicht in den Bereich des Operationsfeldes zu liegen kommt. Ein Hauptvortheil der Methode ist, dass das Peritonäalcavum vollständig abgeschlossen wird, ehe die eigentliche Carcinomoperation begonnen hat. Von den 6 in dieser Weise in der Klinik Schauta's Operirten wird über 3 genauer berichtet. Der Gang der Operation ist folgender.

In der linken Seitenbrustlage wird der Hautschnitt von der Gegend der Spina p. i. ossis ilei in schwach nach links gekrümmtem Bogen bis zur Rima analis 1 cm von der Analöffnung entfernt geführt. Resektion des Steissbeins. Durchtrennung der Fascia praevertebralis. Stumpfe Ablösung der Vagina vom Mastdarm. Eröffnung des Peritonaeum des Douglas'schen Raumes (dadurch erleichtert, dass ein in die Scheide eingeführter Finger des Assistenten das hintere Vaginalgewölbe markirt). Verlängerung des Peritonäalschnittes nach rechts. Der durch diese Oeffnung eingeführte Finger zieht den Fundus nach hinten und bringt ihn so vor die Wunde, dass man seine Vorderfläche und die Ligamente frei übersehen kann. Unterbindung der beiderseitigen Ligamente durch fortlaufende Seidenligatur in drei Partien und Durchschneidung. Durchtrennung der Peritonäalfalte zwischen Uterus und Blase, Annähen des hierdurch frei gewordenen Peritonäalrandes an jene Stelle des Peritonäum, an der zuerst die Eröffnung des Douglas'schen Raumes erfolgte. Dadurch entsteht eine frontal verlaufende Nahtlinie, in welche die Stümpfe der abgebundenen Ligamente einbezogen werden, so dass die ligirten Partien nach aussen vom Peritonaeum liegen. Unterbindung der Vasa uterina. Der Ureter lässt sich mit dem Finger verfolgen und so bei der weiteren Herauslösung der Cervix und Abtrennung von der Vagina leicht vermeiden. Schluss der Scheide durch *Lambert*'sche Nähte. Es bleibt nur eine trichterförmige Wunde, die einen Tampon aufnimmt und bis auf eine Durchtrittstelle für letzteren durch tiefgreifende Ligaturen geschlossen wird.

Brosin (Dresden).

271. **Zur retroperitonäalen Stielversorgung bei Myomotomie nach Chrobak**; von Prof. Rosthorn in Prag. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 41. 42. 1893.)

R. berichtet über 30 von ihm nach der Chrobak'schen Methode ausgeführte Myomotomien. Dieses Verfahren (vgl. u. A. Jahrbb. CCXXXII. p. 163) ist kurz folgendes: Abbindung der Ligamente, Versorgung der Gefässe, Präparation der Bauchfelllappen, Abtragung, Durchbrennen des Cervikalkanals, Durchführung des Drainage-Dochtes, Serosanaht. Von den 30 Operirten starb nur eine, und zwar an Embolie der Art. pulmonalis bei umschriebener Pelveoperitonitis.

Aus den Krankengeschichten geht nach R. hervor, dass die Chrobak'sche retroperitonäale Methode sich für alle, auch die complicirtesten Fälle, in denen eine Amputation überhaupt möglich ist, eignet und dass die mit ihr erzielten Resultate selbst die besten Erfolge bei extraperitonäaler Stielbehandlung übertreffen. Bezüglich der Technik der Operation hält R. es für wichtig, „die dem

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Stumpf zunächst liegende Naht der Platten der Ligamente auch noch denselben mitfassen zu lassen". Bei der Vernähung beider Bauchfelllappen war R. stets bestrebt, auch die kleinste Lücke zu schliessen. Das Collum wurde ohne vorherige Anlegung der elastischen Ligatur mit dem Thermokauter abgetragen. Die Unterbindung und Abtrennung der Ligamente geschah ziemlich ähnlich der von Fritsch beschriebenen präparatorischen Abtragung des Myoms. Stets wurde die Trendelenburg'sche Hochlagerung angewandt.

Der Verlauf nach der Operation war in 12 Fällen ein vollkommen idealer; in anderen Fällen traten aus verschiedenen Veranlassungen vorübergehende Fiebererscheinungen auf, eine Kranke starb wie oben erwähnt.

R. empfiehlt zum Schluss die von Chrobak angegebene retroperitonäale Stielversorgung vor Allem ihrer einfachen Durchführbarkeit wegen und weist auf die verhältnissmässige Gefahrlosigkeit dieser Methode (ca. 3% Sterblichkeit) hin.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

272. **Ueber die Recidive des Uteruskrebses, insbesondere über Impfrecidive**; von Dr. Winter in Berlin. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 1. p. 101. 1893.)

Um die Resultate der Krebsoperationen günstiger zu gestalten, hat W. die Recidive studirt und in einer grossen Reihe von Fällen die Ursachen des Recidivs zu erforschen gesucht. Nach anatomischem Gesichtspunkte trennt W. 1) *lokale Recidive* oder *Wundrecidive,* d. h. die Wiederkehr des Krebses an seinem primären Orte oder im Bereich der ganzen, bei der Operation gesetzten Wunde, 2) *Lymphdrüsenrecidive,* d. h. die Wiederkehr der Geschwulst in den Lymphdrüsen an irgend einer Stelle des ganzen Körpers, und 3) *metastatische Recidive,* d. h. die meist auf dem Wege der Blutbahn erzeugte Wiederkehr der Geschwulst in inneren Organen, z. B. Leber, Magen, Lungen, Muskeln, Gehirn.

W. hat 44 Frauen, welche nach der Totalexstirpation des Uterus secirt wurden, anatomisch untersucht oder die Protokolle durchgesehen; in keinem einzigen Falle wurde eine *Metastase* gefunden. Er schliesst daraus, dass die metastatischen Recidive sehr selten sind und dass es zu den Ausnahmen gehört, wenn ein operabler Uteruskrebs Metastasen macht. Von 351 Frauen, welche bis zum 1. Mai 1891 in der Berliner Frauenklinik radikal operirt worden sind und deren Befinden weiter verfolgt werden konnte, erkrankten 202 an Recidiv, darunter waren nur 9 rein metastatische, also 2.5%.

Die *Lymphdrüsen* werden bei Uteruskrebs erst spät befallen. W. hat 44 Frauen, welche nach der Totalexstirpation, d. h. zu einer Zeit, wo der Krebs noch auf den Uterus beschränkt war, secirt wurden, genau auf Drüsenerkrankungen durchsucht und solche nur 2mal gefunden. Der Krebs pflegt die Drüsen erst dann zu inficiren, wenn er in das Parametrium eingebrochen ist. Unter 58 Recidiven nach Operationen von Collumkrebs hat W. 4 reine Lymphdrüsenrecidive beobachtet.

Die *lokalen Recidive* entstehen meistens aus kleinen Resten, welche bei der Exstirpation zurückgelassen worden sind. Als Hauptpunkte in der Verbreitung des Uteruskrebses im Beckenbindegewebe hebt W. hervor, dass der Krebs sich continuirlich im Parametrium verbreitet, dass er keine parametranen Tumoren zu machen pflegt, sondern nur infiltrirte Wandungen von Ulcerationshöhlen, und schliesslich, dass er die vorderen Abschnitte des Beckenbindegewebes frei lässt. Hiernach können die aus zurückgelassenen Keimen hervorgegangenen lokalen Recidive auftreten in der Scheidenwand, in dem Bindegewebe zwischen Blase und Cervix und in den hinteren und seitlichen Theilen des Beckenbindegewebes in unmittelbarer Nachbarschaft der Narbe. Unter 58 Recidiven nach Exstirpation eines Collumkrebses hat W. 54 lokale Recidive beobachtet. Als charakteristische Eigenschaften der lokalen Recidive aus zurückgelassenen Resten hebt er hervor, dass sie in unmittelbarer Nachbarschaft der Narbe beginnen, dass sie klein umschrieben anfangen und sich durch peripherisches Wachsthum langsam vergrössern und schliesslich, dass sie im Allgemeinen denselben Weg bei ihrer Ausbreitung nehmen, wie der ungestört sich ausbreitende Krebs. Die Vermeidung dieser lokalen Recidive hängt in erster Linie von der Indikationstellung ab. Die jetzt allgemein herrschende Ansicht geht dahin, dass man nur bei gesunden Parametrien operiren soll.

Schliesslich bespricht W. noch die *Impfrecidive,* d. h. diejenigen Recidive, welche aus Krebsmassen hervorgegangen sind, die während der Operation in gesundes Gewebe eingeimpft worden waren. Aus zahlreichen klinischen Beobachtungen und aus den erfolgreichen Versuchen am Menschen zieht W. den Schluss, „dass Krebspartikel, welche vom primären Krebs getrennt worden sind, in gesundem Gewebe desselben Individuum anhaften, weiterwachsen und einen sekundären Krebs mit allen malignen Eigenschaften erzeugen können".

Der allgemeine Standpunkt in der Frage der Impfrecidive ist nach W. der folgende: „Eine grosse Zahl von Chirurgen hält nach wie vor das Zurücklassen von Krebsresten für die einzige Ursache der lokalen Recidive; ein kleinerer Theil hält die Impfrecidive theoretisch für möglich; nur einzelne Wenige sind von der Thatsache der Impfrecidive so fest überzeugt, dass sie Maassregeln zur Vermeidung derselben für nothwendig halten. Ein klinischer Beweis für die Möglichkeit der Impfrecidive ist niemals geführt worden."

Diesen bis jetzt noch fehlenden klinischen Be-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

weis liefert W. nun in der vorliegenden Arbeit auf Grund von 6 eigenen genauen Beobachtungen. Es handelte sich in diesen Fällen um carcinomatöse Infiltration des ganzen Beckenbindegewebes, und W. führt den Nachweis, dass diese grossen parametranen Bindegeweberecidive nicht aus einzelnen im Parametrium stehengebliebenen Krebskeimen hervorgegangen sein können; diese Recidive müssen *Impfrecidive* sein.

Aus den vorstehenden Auseinandersetzungen geht die nothwendige Forderung hervor, dass *der Operateur eine Verschleppung von Krebskeimen in gesundes Gewebe vermeiden muss.* Bei der Operation des Uteruskrebses hält W. deshalb Vorsichtsmaassregeln in zweierlei Richtung für geboten: 1) Man soll den Krebs bei der Operation nicht berühren. Die Finger sollen, wenn irgend möglich, gar nicht in die Nähe des Carcinoms gebracht und statt ihrer soll nur mit Instrumenten gearbeitet werden. Durch reichliche Spülungen mit 1prom. Sublimat oder 5proc. Carbol sollen alle etwa abgelösten Krebstheilchen entfernt werden. Kein Instrument, welches mit dem Carcinom in Berührung gekommen war, darf an das gesunde Gewebe herangebracht werden. Man muss sich hüten, das Carcinom zu zerfetzen. 2) Man soll den Krebs vor der Operation derart präpariren, dass eine Berührung mit lebendem Carcinomgewebe unmöglich ist. Bei Corpuscarcinom und nach innen entwickelten Cervixkrebsen kratzt man unmittelbar vor der Operation die Uterusinnenfläche tüchtig aus, bespült die Höhle mit 1prom. Sublimat und vernäht alsdann das Os externum mit fortlaufendem Faden. Bei Carcinomen der Portio vaginalis und bei Cervixcarcinomen, welche nach aussen durchgebrochen sind, empfiehlt W. folgendes Verfahren: Bis zur Operation täglich mehrmalige antiseptische Ausspülungen; im Beginn der Operation unter Benutzung alter Instrumente Abkratzen des Carcinoms und Glätten der Ränder mit Messer und Scheere unter fortwährendem Bespülen mit Sublimat oder Carbol, dann Desinficiren der Carcinomoberfläche mit $^1/_2$proc. Sublimatalkohol und schliesslich sehr gründliches Verschorfen der Oberfläche mit dem Thermokauter. Alsdann erst Desinfektion der Kranken, ganz besonders der Vagina, und ferner Desinfektion des Operateurs und der Assistenten. Operation mit anderen, absolut sterilen Instrumenten.

In den letzten $1^1/_2$ Jahren, in welchen W. die Carcinome in der beschriebenen Weise präparirt hat, sind von ihm keine sicher als Impfrecidive zu deutenden Recidive mehr beobachtet worden. Gleiche Vorsichtsmaassregeln sind nach W. nothwendig bei der Operation von Vulva- und Vaginalcarcinomen und malignen Ovarialtumoren. Vor Allem soll man verdächtige Tumoren nicht punktiren, sondern unverkleinert hervorziehen, um den Austritt von Krebspartikeln zu verhindern.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

273. **Krebs der Vagina als Impfmetastase bei Corpuscarcinom**; von Dr. M. Lebensbaum in Warschau. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XVII. 6. 1893.)

In der Narbe eines Scheidengeschwürs unbekannter Entstehung entwickelte sich ein Adenocarcinom von gleichem Bau, wie ein inzwischen entdecktes Carcinom des Uteruskörpers. Da beide Tumoren räumlich getrennt waren, wurde in ersterem eine Impfmetastase gesehen. Nach einer Uebersicht der bekannt gewordenen Fälle von Krebsmetastasen durch Impfung, bez. Contaktinfektion kommt L. zu dem Schlusse, dass auch Recidive nach Krebsoperationen häufig auf Impfung durch den Operirenden zurückzuführen sind. Brosin (Dresden).

274. **Des opérations conservatrices de l'ovaire** *(résection, ignipuncture)*; par S. Pozzi. (Ann. de Gynécol. XXXIX. Mars 1893.)

Nach dem Vorgehen Martin's sucht auch P. bei Operationen an den Anhängen der Gebärmutter das gesunde Gewebe möglichst zu erhalten. Für zwecklos hält er die Operation von Skutsch und Martin bei erkrankten Eileitern (Salpingostomie), da diese durch die Veränderung der Gewebe doch funktionsunfähig geworden sind. Er hält sie also nur für berechtigt bei offener Ampulle und bei durchgängigem Eileiter. Zu erhalten sucht er Gewebereste bei einkammerigen Cysten, Dermoidcysten, beginnenden proliferirenden Cysten, grossen Follikelcysten, Cysten des gelben Körpers. Die Geschwulst wird von dem gesunden Rest des Eierstocks durch keilförmigen Schnitt entfernt, die Wundflächen dann vernäht; wenn nöthig, wird noch der Stumpf des Eierstocks an der Ampulle des Eileiters angenäht.

Bei kleincystischer Degeneration hat P. dies Verfahren in letzter Zeit häufig durch die Ignipunktur ersetzt. Die Follikel werden mit dem Schneidbrenner eröffnet und ausgebrannt. Wenn in Folge von Entzündung der Eierstock vergrössert und das Gewebe mit Flüssigkeit durchtränkt ist, lässt er die Spitze des Brenners tief in's Gewebe eindringen.

P. verfügt über 6 Fälle von Resektion und 6 Fälle von Ignipunktur.

Die Regel trat in allen Fällen wieder ein, mit Schmerzen nur in 2 Fällen; die Schmerzen ausserhalb der Regel blieben in gleicher Weise wie vorher nur bei einer Kranken (Hysterica).

In einem das gleiche Thema fast wörtlich gleich behandelnden Vortrage auf der 61. Versammlung der British Medical Association erwähnt P. weiterer 2 Kr., die mit Ignipunktur behandelt wurden. Eine der Patientinnen war zur Zeit im 3. Monate schwanger. P. hatte in diesem Falle 11 tiefe Stichelungen am rechten, 12 am linken Eierstock vorgenommen. Präger (Chemnitz).

275. **Zur Casuistik partieller Resektion des erkrankten Ovarium**; von Dr. A. Sippel in Frankfurt a. M. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XVII. 3. 1893.)

Bei einer 30jähr. Frau war das rechtseitige Ovarium zu einer Geschwulst [welcher Art?] von der Grösse eines Kindskopfes entartet und musste in toto entfernt werden.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Am Hilus des linken gänseeigrossen Ovarium befand sich ein Streifen noch völlig erhaltenen normalen Gewebes. Dieser Streifen wurde nach Abtragung des Erkrankten durch Catgutnaht geschlossen und bildete ein Stück Ovarium von 3—4 mm zu 4 cm. Nach 2½ Jahren Geburt eines lebenden Kindes. Brosin (Dresden).

276. **De l'ovariotomie chez l'enfant**; par Aldibert. (Ann. de Gynécol. XXXIX. Mars 1893.)

A. konnte 42 Ovariotomien wegen Cysten bei Kindern unter 15 Jahren zusammenstellen. Die Erscheinungen weichen wenig von denen der Erwachsenen ab. Meist, aber nicht immer, handelt es sich um Dermoidcysten. Verhältnissmässig bald steigen die Geschwülste aus dem kleinen Becken hervor und entwickeln sich, meist mit langem Stiel, in den Bauchraum hinein. Sie sind deshalb leicht mit abgesackter tuberkulöser Bauchfellentzündung, sowie mit Geschwülsten der Leber und Nieren zu verwechseln. Bemerkenswerth ist, dass oft die Periode verhältnissmässig zeitig auftritt.

Die Sterblichkeitziffer nach der Operation betrug 11.9%, in Anbetracht dessen, dass ein Theil der Fälle der vorantiseptischen Zeit entstammt, kein schlechter Erfolg; wenn man die Kranken im Alter unter 3 Jahren abzieht, die ⅘ der Todesfälle lieferten, so beträgt die Sterblichkeitzahl nur 2.7%.

Sonstige Geschwülste der Eierstöcke wurden bisher 12 bei Kindern operirt: 2 Dermoidcysten mit sarkomatöser, bez. krebsiger Entartung, 6 Sarkome oder Cystosarkome, 3 Krebse, 1 Tumor von unbestimmter Art, sowie ein gutartiger (Fibromyom). Bezüglich der Symptome sind frühzeitige Pubertät, rasches Wachsthum, Ascites, Oedeme, Ergüsse in den Brustfellraum hervorzuheben.

Von den 12 Operirten starben 5 nach der Operation, 2 weitere an einem Rückfall. Die Mortalität beträgt also 58.3%.

Einzig bis jetzt dastehend ist der Fall von Bianchi, in dem eine gestielte Geschwulst von 1464 g bei einem 8jähr. Kinde entfernt wurde und die Geschwulst sich als ein Fibromyom erwies.

Präger (Chemnitz).

277. **Post-partum ovariotomy**; by A. E. Aust-Lawrence, Bristol. (Brit. med. Journ. Sept. 16. 1893. p. 622.)

A.-L. hat 10mal Gelegenheit gehabt, im Wochenbett Ovarialcysten zu entfernen. Sämmtliche Kranke wurden ihm mit der Diagnose: puerperale Peritonitis zugeführt. Alle genasen nach der Operation. Etwas ausführlicher erwähnt er 5 der interessanteren Fälle.

1) Geringe Beschwerden in der Schwangerschaft. Geburt leicht. Vom 3. Tage des Wochenbettes an fieberhafte Erkrankung mit Anschwellung des Leibes. Nach 3 Wochen diagnosticirte A.-L. Ovarialcyste mit Stieldrehung und Bauchfellentzündung. Der Bauchschnitt ergab die Richtigkeit der Diagnose. Operation schwierig wegen ausgedehnter Verwachsungen.

2) Vom 4. Schwangerschaftsmonate ab heftige Schmerzen, auch während der Geburt. Bei der Austreibung der Nachgeburt Ohnmacht. 6 Wochen lang schwere Erkrankung; dann Aufnahme in's Hospital. Bauchhöhle voll freier Flüssigkeit. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurde diese sowohl, wie die geborstene Cyste, die wie eine Schürze über die Baucheingeweide ausgebreitet war, entfernt.

3) Viel Schmerzen in der Schwangerschaft. Nach der Entbindung Fieber und Schmerzen. 5 Wochen nach der Operation wurde eine halbfeste, bis zum Nabel reichende Geschwulst entdeckt. Diagnose: Ovarialcyste mit Stieldrehung und Blutung in die Cyste, durch den Befund bei der Operation bestätigt.

4) Criminelle Abort im 5. Monate. Bis dahin Wohlbefinden; nach der Fehlgeburt Anschwellung des Leibes, Fieber und Schmerzen. Grosse cystische Geschwulst und freie Flüssigkeit im Bauchfellsack. Bei der Operation fand sich 2fache Stieldrehung. Das 2., ebenfalls cystisch entartete Ovarium wurde gleichfalls entfernt.

5) Schwerkrank während der Schwangerschaft vom 3. Monate ab (Leibschmerzen, Uebelkeit, Anschwellung des Leibes). Nach der Entbindung dauerte der Zustand an. Phlegmasia alba eines Beines. 4 Wochen nach der Entbindung entfernte A.-L. eine grosse Ovarialcyste mit 2facher Stieldrehung und sehr ausgedehnten Verwachsungen.

Wegen der Gefahren, die Frauen mit Eierstocksgeschwülsten während der Geburt und im Wochenbett drohen (besonders Bauchfellentzündung und Stieldrehung) empfiehlt A.-L. dringend die Operation während der Schwangerschaft. Ist die Kranke erst kreissend zur Beobachtung gekommen, so räth er zur möglichst schleunigen Entbindung, dann aber bei etwaiger Stieldrehung sofort einzugreifen, anderenfalls bei normalem Verlauf die Operation ungefähr 4 Wochen nach der Entbindung vorzunehmen.

In der sich an den Vortrag anschliessenden Debatte erwähnt Rob. Bell 3 Ovariotomien in der Schwangerschaft, die er mit glücklichem Erfolg vorgenommen hat.

Präger (Chemnitz).

278. **Ovariotomie dans le cours d'une septicémie puerpérale à forme prolongée. Guérison**; par Le Roy des Barres, St. Denis. (Ann. de Gynécol. XL. Sept. 1893.)

Eine 29jähr. Frau hatte 3mal normal geboren, das 4. Mal, ebenfalls leicht, am 31. Juli 1892. In jeder Schwangerschaft Schmerzen in der linken Darmbeingrube. Die Frau stand am 3. Tage des Wochenbettes auf, bekam aber Schüttelfrost, Leibschmerzen und Erbrechen und musste sich wieder legen. Nach 14 Tagen liess die Bauchfellentzündung, an die sich auch ein rechtseitiges pleuritisches Exsudat angeschlossen hatte, nach, aber das Fieber dauerte an und der Bauch nahm an Umfang zu.

Aufnahme am 30. September. Bauchumfang in Nabelhöhe 102 cm, deutliche Cyste. Mässiges Pleuraexsudat rechts, Phlebitis am linken Bein. Am 11. October Punktion der Cyste wegen Athemnoth. Dabei wurden 6 Liter stinkenden Eiters entleert. Am 20. October, da Pat. nach einigen fieberlosen Tagen wieder Erhöhung der Eigenwärme bekam, Entfernung der linkseitigen Eierstocksgeschwulst nach Entleerung von 4 Liter Eiter. Operation schwierig wegen zahlreicher Verwachsungen. Drainage der Bauchhöhle mit Jodoformgaze.

Entfieberung erst am 4. Tage nach der Operation. Am 6. Tage Entfernung der Gaze; dann glatte Genesung.

Präger (Chemnitz).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

279. **Ueber Reflexhemmung der Athem- und Herzbewegungen bei operativen Eingriffen in der Bauchhöhle**; von Prof. Otto Engström in Helsingfors. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVI. 2. p. 351. 1893.)

Die von Fr. Goltz nachgewiesene Thatsache, dass Reize, welche auf die Organe der Bauchhöhle und speciell auf den Nervus splanchnicus einwirken, Hemmungserscheinungen sowohl der Athem-, wie der Herzbewegungen auslösen, hat E. gelegentlich der von ihm ausgeführten Laparotomien studirt. Er theilt 8 Beobachtungen mit, in denen nach vorausgegangener Laparotomie eine Reizung der Därme und der inneren Genitalien eine Reflexhemmung der Herzthätigkeit und meist auch der Athmung zur Folge hatte; in einem 9. Falle wurden dieselben Erscheinungen bei geschlossener Bauchhöhle in Folge Emporwälzens eines soliden, im kleinen Becken gelegenen Ovarialtumor bei der in Narkose vorgenommenen bimanuellen Untersuchung beobachtet.

Bezüglich der speciellen Ursachen dieser Reflexhemmungen hebt E. zunächst hervor, dass eine regelrechte Chloroformnarkose die reflektorische Einwirkung der Bauchoperationen auf Herz und Athmung wenigstens etwas herabstimmen muss. Die Reizbarkeit der Herz- und Athmungsnerven muss individuell verschieden sein, ferner ist die Stärke und Ausdehnung der vom operativen Eingriff abhängigen Reize von entscheidender Bedeutung. Auch ein schwacher mechanischer Reiz genügt jedoch nach E. zum Auslösen des Hemmungsreflexes; nach Goltz kommt dieser ferner viel leichter zu Stande, wenn der Reiz öfter wiederholt einwirkt. Schliesslich weist E. noch auf die bei Laparotomien oft nicht zu vermeidende Abkühlung der Baucheingeweide und den hierdurch gesetzten thermischen Reiz hin.

Als Ursache des Umstandes, dass trotz kräftiger mechanischer und bisweilen thermischer Reize auf die Baucheingeweide eine Reflexhemmung der Herzthätigkeit und der Athmung nicht jedesmal ausgelöst wird, nimmt E. an, dass auch beschleunigende Nervenfasern reflektorisch getroffen werden können. Dadurch wird der hemmenden Einwirkung entgegengewirkt und es entsteht dann keine starke Pulsverlangsamung und kein Herzstillstand. Auch die Beschaffenheit der Peritonäalauskleidung kommt nach E. hier nicht in Betracht.

Therapeutisch ist bei diesen Zuständen die Einleitung der künstlichen Athmung das Wichtigste. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

280. **Beitrag zur Lehre vom Exostosenbecken, speciell der Aetiologie und Genese der Promontorialexostosen, und der Frage der Geburtsläsionen der hinteren Wand des Tractus genitalis, sowie der Coincidenz von Läsionen an der hinteren und vorderen Wand desselben**; von Dr. Fr. L. Neugebauer in Warschau. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVI. 2. p. 373. 1893.)

Die Lehre vom Exostosenbecken ist nach N. bis jetzt noch niemals erschöpfend bearbeitet worden, obwohl sie besonders interessant und werthvoll ist. N. stellt in der vorliegenden Abhandlung die verschiedenen, früher veröffentlichten Beobachtungen zusammen; durch eingehendes Studium der wichtigsten pathologisch-anatomischen Sammlungen konnte er eine ganze Reihe hierher gehöriger Fälle selbst sammeln. Er kommt zu dem Schluss, dass Becken mit Exostosenbildung am Promontorium keineswegs zu den Seltenheiten gehören, wenn sie bis jetzt auch nur wenige Male an der Lebenden diagnosticirt wurden. N. glaubt, dass in manchem Falle von tödtlicher oder auch nicht tödtlicher Verletzung der mütterlichen Weichtheile während der Geburt, bei Uterus-, bez. Cervikaldurchreibung, Ruptur, Läsionen der Douglas'schen Tasche und des oberen Scheidenabschnittes die Exostose am Promontorium eine Rolle gespielt habe.

Auf die Einzelheiten der sehr fleissigen Abhandlung kann hier nicht näher eingegangen werden. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

281. **Ueber die perforirende Scheidenzerreissung in der Geburt**; von Dr. Karl Everke in Bochum. (Festschr. z. Feier d. 25jähr. Jubiläums d. ärztl. Vereins d. Reg.-Bez. Arnsberg Wiesbaden 1893. J. F. Bergmann. p. 63.)

E. theilt 3 Beobachtungen mit. In 2 Fällen handelte es sich um im Anschluss an künstliche Entbindungen (Wendung und Zangenextraktion) entstandene Scheidenzerreissungen; ob in diesen beiden Fällen die Operationen das Zustandekommen der Zerreissungen mit veranlasst haben, war nicht zu bestimmen. Eine dieser beiden Kranken starb am 4. Tage an Sepsis. Im 3. Fall war die Ruptur spontan entstanden, das in Querlage befindliche Kind war durch den Scheidenriss in die Bauchhöhle getreten und wurde mit der Placenta durch den Riss extrahirt. Reposition der vorgefallenen Därme, Naht des Risses, Heilung.

E. hat in allen Fällen, nach Reposition der Därme, den durch Reiben zur Contraktion gebrachten Uterus gewissermaassen als Tampon tief in das kleine Becken hinabgedrückt, um so jeden weiteren Darmvorfall zu verhüten; der mit Hülfe von Speculum und Kugelzangen freigelegte Riss wurde dann mit Seide vernäht. Eventuell genügt nach E. auch Jodoformgazetamponade. Selbst die Verunreinigung der Bauchhöhle durch die ausgetretene Frucht nöthigt nicht unbedingt zur Laparotomie und Reinigung der Bauchhöhle.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

282. **Supistunut emäkohtu synnyttämisesteenä**; Oker-Bloom. (Duodecim IX. 11 ja 12. S. 226. 1893.)

Contraktur des Uterus als Geburtshinderniss beobachtete O.-B. bei einer 37 J. alten Erstgebärenden, die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

am 2. Februar 1893 entbunden wurde. Das Fruchtwasser war schon seit 2 Tagen abgegangen, aber die Entbindung machte keine Fortschritte, der Kopf des lebenden reifen Fötus stand hoch oben links im grossen Becken und der Fötus konnte weder durch Traktionen an dem einen oder dem anderen Beine, noch durch Moriceau's Handgriff herausbefördert werden, weil eine faustgrosse Geschwulst im Grunde des grossen Beckens sich immer zwischen den Hals des Fötus und die Linea ileopectinata dextra legte. Schliesslich wurde der Fötus mit Hülfe der Zange todt extrahirt. Es stellte sich heraus, dass die das Hinderniss verursachende Geschwulst aus dem in Contraktur befindlichen Uteruskörper bestanden hatte, und später, dass die Gebärmutter der Frau stark anteflektirt war.

Walter Berger (Leipzig).

283. **Manuel opératoire de la version par manoeuvres externes dans la présentation du siège**; par A. Pinard. (Revue prat. d'Obstétr. et de Pédiatr. VI. 68. Août 1893.)

Als Vorschriften für die Wendung aus Steisslage durch äussere Handgriffe giebt P. folgende Regeln:

1) Der Fötus wird beweglich gemacht (was bei Mehrgebärenden meist leicht, bei Erstgebärenden oft schwierig ist). Eine Hand versucht den Steiss, die andere den Kopf aus der Lage zu bringen. Gelingt es nicht, den noch nicht eingetretenen Steiss aus der Lage zu bringen, so wird dies mit 2 Händen versucht.

2) Nachdem dies gelungen, wird durch langsamen Druck auf Steiss und Kopf, letzterer auf dem kürzesten Wege nach unten gebracht. Bei Erstgebärenden kommt man auf diesem Wege öfters nicht zum Ziele. So berichtet P. über einen 1883 beobachteten Fall von 1. Steisslage a. Aeussere Wendungsversuche gelangen erst, nachdem der Steiss von der Scheide aus beweglich gemacht worden war. Das Kind wurde in Schädellage geboren. In einem anderen Falle (1877) misslang die äussere Wendung sowohl Tarnier, wie P., wegen Spannung der Bauchdecke, vielleicht auch der Gebärmutterwand. Präger (Chemnitz).

284. **Die Zange als Hebel**; von P. Etter. (Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte XXIII. 17. p. 577. 1893.)

E. räth, namentlich bei hochstehendem Kopf die Zange als Hebel zu benutzen. Er fasst den Griff der Zange mit der linken Hand und fixirt das Schloss durch kräftiges Aufstemmen der rechten Hand. Das Schloss, um dessen gedachte horizontale Achse die Zange gedreht werden soll, muss als künstliches Hypomochlion sicher fest stehen und dabei kann, wenn nöthig, das ganze Körpergewicht des Operirenden ohne besondere Anstrengung zur Wirkung gebracht werden. Der Griff wird nun langsam nach oben bis zur Horizontalen gezogen; ist diese erreicht, so sind auch die Löffel mit dem Kopfe auf dem Beckenboden angelangt. Ist der Kopf in den Beckenausgang getreten, so lässt die rechte Hand das Schloss los und übernimmt den Dammschutz.

Die Zange als Hebel verwendet hat nach E. vor der Zange mit Traktionen den grossen Vorzug, dass die Operation rationeller, leichter, rascher und für die mütterlichen Weichtheile schonender ausführbar ist. E. hat seit längerer Zeit sein Verfahren erprobt und ist ausserordentlich befriedigt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

285. **Forceps mixte**; par le Dr. Tournay. (Presse méd. Belge XLV. 37. 1893.)

Entgegen den Anschauungen deutscher Geburtshelfer spricht sich T. entschieden zu Gunsten der Zangenanlegung an den hochstehenden Kopf aus. Er hat oft die Zange an den über dem Beckeneingang stehenden, noch beweglichen Kopf angelegt und empfiehlt hierfür eine von ihm selbst angegebene neue Zange, welche übrigens auch als Beckenausgangszange zu gebrauchen sein soll, als ganz besonders geeignet. (Abbildung.)

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

286. **Lithopaedion sitte 6 vuotta ja 3 vuotta sen jälkeen tavallinen raskaus ynnä luonnollinen synnytis**; M. Oker-Blom. (Duodecim IX. 11 ja 12. S. 224. 1893.)

O.-B. theilt einen Fall mit, in dem ein *Lithopädion seit 6 Jahren* bestand und *3 Jahre danach* (3 Jahre vor der Zeit der Beobachtung) *normale Schwangerschaft* eintrat, *der normale Entbindung folgte.* Die 42 Jahre alte Frau, die schon vorher 3mal geboren hatte, wurde vor 6 Jahren zum 4. Male schwanger; die Schwangerschaft verlief wie die vorhergehenden, die Wehen traten zur rechten Zeit auf und dauerten 3 Tage lang, aber die Geburt erfolgte nicht. Die Anschwellung des Unterleibes verschwand allmählich, und man fühlte immer deutlicher eine kopfgrosse Geschwulst. 3 Jahre später wurde die Frau abermals schwanger und wurde von einem ausgetragenen gesunden Knaben entbunden; die früher schon fühlbare Geschwulst bestand fort und nahm immer dieselbe Stelle ein. Durch die ausserordentlich dünnen Bauchdecken hindurch konnte man an der Geschwulst einen rechten Arm deutlich unterscheiden, wie auch die Hand und die Finger, ausserdem noch eine linke Hand und ihre Finger. Die beiden Vorderarme waren rechtwinklig im Ellenbogen gebeugt und unbeweglich, in den Schultergelenken bestand aber Beweglichkeit, so dass die Arme des Foetus am Thorax vorwärts und rückwärts verschoben werden konnten. Der Kopf stand im grossen Becken, zu hoch, um seine genaue Lage bestimmen zu können. Der Uterus, der von der Vagina aus hoch oben links im Becken gefühlt werden konnte, zeigte sich wie gewöhnlich bei Mehrgebärenden.

Walter Berger (Leipzig).

287. **Early viability of twin foetuses**; by H. C. Allen. (New York med. Journ. Aug. 19. 1893. p. 207.)

Eine Primipara wurde von Zwillingen entbunden, bei denen die erreichte Entwickelungstufe eine Dauer der Gravidität von nur 6½ Mon. annehmen liess. 2 Tage nach der Geburt wogen sie je 1¼ und 1¾ Pfund und waren 7½ und 9 Zoll lang. Sie wurden in erwärmten wollenen Decken und Watte gebettet und mit erwärmter Muttermilch genährt; die Brust konnte ihnen wegen Kleinheit des Mundes nicht gereicht werden. Nach Ablauf von 3 Mon. hatten sie sich ziemlich gut entwickelt, ihr Gewicht betrug 5 und 5½ Pfund. S. Kuh (Chicago).

288. **Zur Behandlung des Nabelschnurbruches**; von Carl Breus. (Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 77. 1893.)

Br. wendete sein Verfahren der „percutanen Ligatur des Bruchsackes" in 3 Fällen von Nabelschnurbrüchen an.

1) 2700 g schweres Kind mit 3 cm im Durchmesser haltendem Defekt der Bauchwand. Hühnereigrosser Sack der Amnioscheide, mit Darmschlingen gefüllt. Die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Operation wurde 20 Stunden nach der Geburt vorgenommen; Heilung glatt; nach 14 Tagen feste, derbe Narbe.

2) Frühgeborenes Kind von 2500 g. Orangengrosser Bruch, kuppelförmig über einem Defekt der Bauchwand von 7 cm im Durchmesser. Im Bruchsack Darmschlingen und ein grosser Theil der Leber. Bruchhöhle eng. Die Reposition (6 Stunden nach der Geburt) gelang leicht, dagegen war der Verschluss der Bruchpforte durch 10 Ligaturen schwierig. Nach fieberlosem Verlauf Tod am 10. Tage nach der Operation. *Sektion:* Leber mit der Bruchpforte verwachsen. Nur im Bereich der Verwachsung Peritonitis. Abnormer Situs viscerum. Meteorismus im Colon desc. und im Rectum. Dünndarm leer. Zwerchfell hochstehend.

3) 3150 g schweres Kind mit nur 20 cm langer Nabelschnur. Hühnereigrosser Nabelschnurbruch. Im Bruch Darmschlingen. Der Darm liess sich nicht ganz zurückbringen; es blieb ein mit dem Bauchfell verwachsenes Darmstück zurück, welches als ein Meckel'sches Divertikel erkannt wurde. Es wurde mit abgeklemmt und unter der Klemme eine dreifache percutane Ligatur angelegt. Dann Abtragung des Bruchsackes mit dem Divertikel. Guter Verlauf. Feste glatte Narbe.

Das Verfahren der percutanen Ligatur ist folgendes.

Zurückbringung der Eingeweide des Bruchsacks durch sanften Druck. Wenn der Bruchsack leer ist, Anlegung einer Klemme im Bereich der Haut am Grund des Bruchsackes. Falls eine Darmschlinge mit dem Bauchfell verwachsen ist, Umschneidung der Stelle des Bruchbauchfells, Abtrennung vom Amnion und Reposition mit dem Darme. Nach der Reposition Abschneidung des Bruchsacks. Dann Anlegung der Ligatur dicht unter der Klemme. Langer Seidenfaden mit 2 Nadeln. Diese werden in einer Entfernung von ca. 1 cm durchgestossen, die Nadeln dann abgeschnitten. Die nun vorhandenen 3 Fadenstücke werden geknüpft, die Klemme wird abgenommen und ein antiseptischer Verband angelegt.

Br. empfiehlt sein Verfahren besonders für die Fälle, in denen sich der Bruchinhalt leicht zurückbringen lässt, bez. die Zurückbringung sich nach der Eröffnung des Bruchsackes leicht vervollständigen lässt, und wenn Gewebe genug da ist. Besonders geeignet sind die gestielten, mit Hautring versehenen Brüche. Die Laparotomie (Ausschneidung des Bruchsackes und Naht der angefrischten Bruchpforte) ist dagegen angezeigt, wenn die Zurückbringung wegen ausgedehnter Verwachsungen nicht gelingt, wenn wegen Enge der Bruchpforte ein Einschneiden nothwendig ist und wenn der Defekt in der Bauchwand zu gross und die Bauchdecken zu wenig entwickelt sind, als dass man percutane Ligaturen anlegen könnte.

Olshausen's Methode ohne Eröffnung des Bauchfells (Entfernung der äusseren Bruchhülle und Vernähung der Bauchdecken über dem zurückgebrachten peritonäalen Bruchsack) ist anzuwenden, wenn wegen ausgedehnter Verwachsungen, besonders der Leber mit dem Brucksacke, ohnedies ein grosser Theil des Bauchfells des Bruches versenkt werden müsste. Die abwartende Methode mit einfachem antiseptischen Verbande ist nur für nicht operable Brüche zu verwerthen.

Von 16 bisher mit Laparotomie Behandelten sind 12 geheilt und 4 gestorben.

Präger (Chemnitz).

289. **Ueber Purpura**; von A. Steffen. (Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 1. 1893.)

St. bespricht auf Grund 96 fremder und 32 eigener Beobachtungen die Pathologie und Therapie der Purpura bei Kindern. Er fand die Krankheit gleich häufig bei Knaben und bei Mädchen. Am meisten verschont blieb das 1. bis 3. Lebensjahr. Säuglinge erkrankten 22mal. St. ist geneigt, die sogenannte Barlow'sche Krankheit der Purpura zuzurechnen. Die Krankheit kann sich selbständig oder im Anschluss an anderweitige Störungen entwickeln. Die Blutungen erfolgen nicht nur in die Haut, sondern auch in innere Theile, die Schleimhäute der Athmungs- und Verdauungsorgane, in das Augeninnere, in Gehirn und Rückenmark, in die Nieren. 4mal wurde gleichzeitig Myokarditis an der Leiche nachgewiesen. Blutungen in Gelenke wurden 2mal beobachtet. Rückfälle sind bei der Krankheit nicht selten. Der Verlauf richtet sich nach dem Orte der Blutung. Hautblutungen nehmen im Allgemeinen einen günstigen Ausgang. In seltenen Fällen hat man die Entwickelung brandiger Herde in der Haut beobachten können. Häufig kommt neben der Purpura Gelenkrheumatismus vor, welcher entweder den Blutungen vorausgeht, oder sich erst später entwickelt. 2mal setzte eine tödtlich verlaufende Purpura am Tage der Krisis bei croupöser Lungenentzündung ein. Von den 128 Kr. starben 40. 24mal war die Erkrankung dabei eine primäre. Die Folgen, welche die Krankheit bei günstigem Ausgang zurückliess, waren theils Schwächezustände, theils Lähmungen, sofern Blutungen in's Gehirn und Rückenmark erfolgt waren. Die Behandlung der Purpura besteht in der Darreichung von Secale, Hydrastis, Chinin, Eisen und in der Anbahnung günstiger hygieinischer Verhältnisse. Bouchut hat einmal Bluttransfusion mit Erfolg versucht.

Brückner (Dresden).

290. **Zur Casuistik der Barlow'schen Krankheit**; von Dr. Starck in Kiel. (Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 68. 1893.)

St. beobachtete die Barlow'sche Krankheit bei 3 rhachitischen Kindern, von denen zwei deutliche Zeichen von angeborener Syphilis darboten, während das dritte der Syphilis nur verdächtig war. Unter Quecksilberbehandlung gingen die Erscheinungen zurück. St. spricht den Gedanken aus, dass vielleicht das gleichzeitige Bestehen von Syphilis und Rhachitis begünstigend für das Zustandekommen der hämorrhagischen Diathese wirken könne. Brückner (Dresden).

291. **Ein Fall von symmetrischer Gangrän der Beine**; von Dr. E. R. Lehmann. (Arch. f. Kinderhkde. XVI. 1 u. 2. p. 70. 1893.)

L. beobachtete in der Heidelberger Kinderklinik einen $^3/_4$jähr., erblich nicht belasteten Knaben, welcher Mitte August an Brechdurchfall erkrankte. Nach 8 Tagen begannen die Spitzen der grossen Zehen sich blau zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

verfärben. Diese Verfärbung breitete sich in kurzer Zeit bis zum Knie aus. Status: Blasses, elendes Kind. Haut des rechten Beines von den Knöcheln bis zur Mitte des Oberschenkels blau verfärbt, z. Th. in Blasen abgehoben, kühl, unempfindlich. An der Schenkelarterie kein Puls nachweisbar. Fuss geschrumpft. Haut wie diejenige des Beines, nur weniger dunkel verfärbt. Am linken Beine dieselben Verhältnisse. Hier ausserdem an der Grenze des mittleren und oberen Drittels des Oberschenkels ein klaffender Spalt, welcher den ganzen Umfang des Gliedes betraf und den Schenkelknochen in der Tiefe freiliegend erkennen liess. Abnahme des linken Oberschenkels. Dabei keine Blutung am Stumpf. Tod an demselben Tage. *Sektion:* Thrombosen im unteren Theile der Bauchaorta, in den Artt. iliaca commun., femoral., in der Art. poplitaea dextra, den Venae femoral. und hypogastricis.

Ueber die Entstehung der Thrombosen vermag L. keinen bestimmten Aufschluss zu geben.

Brückner (Dresden).

VII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

292. **Die Exstirpation peripherer Aneurysmen**; von Dr. Heintze in Breslau. (Berl. klin. Wchnschr. XXIX. 44. 1892.)

Die einzigen Methoden, die heutzutage für die *Behandlung peripherischer Aneurysmen* in Frage kommen, sind die Fingercompression mit oder ohne vorausgehende elastische Einwickelung, die Unterbindung der zuführenden Arterie und die Exstirpation des Sackes nach Philagrius. Nach der letzten Methode wird das Leiden am schnellsten und gründlichsten geheilt, auch ist die Gefahr der Gangrän viel mehr ausgeschlossen, da nur ein kleiner Theil aus dem Gefässsystem ausgeschaltet wird. Dazu kommt, dass die schweren Complikationen, wie Eiterungen und Nachblutungen, welche die Methode anfangs so schnell wieder verschwinden liessen, bei dem aseptischen Verfahren vollständig zu vermeiden sind.

H. berichtet aus der chirurg. Abtheilung von Riegner über die *Exstirpation eines kleinkindskopfgrossen Aneurysma der rechten Art. poplitaea* bei einer 19jähr. Pat. und *eines über kindskopfgrossen Aneurysma der Art. tibialis antica* bei einem 25jähr. Pat. In beiden Fällen, in denen es sich um traumatische Aneurysmen handelte und der zuführende Arterienstamm ganz gesund war, trat rasche *Heilung* ein. P. Wagner (Leipzig).

293. **Anévrysme diffus de la poplitée consécutif à la perforation de l'artère par une exostose aiguë de la ligne âpre. Incision. Ligature des deux bouts. Guérison**; par F. Terrier et H. Hartmann. (Revue de Chir. XIII. 4. p. 310. 1893.)

Die Haupteinzelheiten dieses Falles, der einen 17jähr. Pat. betraf, sind in der Ueberschrift enthalten. Die von der Linea aspera ausgehende spitze Knochenleiste wurde bei der Operation abgetragen. P. Wagner (Leipzig).

294. **Ein Fall von Oelcyste auf der linken Schläfenbeinschuppe**; von Dr. G. Reinhold in Freiburg. (Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 127. 1894.)

Nach allgemeinen Bemerkungen über Genese und Aetiologie der oberflächlich liegenden Dermoidcysten giebt R. aus der Arbeit von Breul einen kurzen Auszug über 11 Beobachtungen von Dermoidcysten der Regio mastoidea und schliesst hieran die Beschreibung von 2 in der Freiburger chirurg. Klinik beobachteten Fällen, von denen der eine bereits früher von Goldmann veröffentlicht worden ist. In beiden Fällen brachte die Operation Heilung.

Die von R. sorgfältigst ausgeführte histologische Untersuchung im letzten Falle ergab, dass es sich thatsächlich um eine Dermoidcyste handelte, deren Inhalt aus einer gelblichen, öligen, klaren, mit einzelnen Schüppchen und Haaren vermischten Flüssigkeit bestand.

Unter den 11 von Breul beschriebenen und unter den beiden in der Freiburger Klinik beobachteten Fällen bestehen einige gemeinsame Züge. Stets scheinen sich die Dermoidcysten in ihren kleinsten Anfängen schon in sehr frühem Kindesalter zu entwickeln. Dann stand das Wachsthum still oder nahm doch nur so unmerklich seinen Fortgang, dass dem Träger der Schwellung Schwierigkeiten durch diese nicht verursacht wurden. Eine Grössenzunahme der Schwellungen fiel meist in die Pubertätsjahre: es bedarf also eines gesteigerten Stoffwechsels im gesammten Körper oder in bestimmten Theilen desselben, um den schlummernden Keim der Cyste zum Wachsen zu bringen.

P. Wagner (Leipzig).

295. **Hygroma des cavaliers**; par R. Le Fort et E. Albert. (Revue de Chir. XIII. 7. p. 568. 1893.)

Vff. beschreiben 5 Fälle, in denen sich bei Reitern entsprechend dem Condyl. int. femor. ein *Hygrom* entwickelte. Bei 3 Pat. fand sich die Hygrombildung an beiden Beinen. Die Vff. geben einen kurzen anatomischen Ueberblick über die Schleimbeutel der inneren Kniegegend und heben hervor, dass Velpeau zuerst einen kleinen subcutanen Schleimbeutel beschrieben hat, der sich im Niveau des medialen Condylus femor. befindet und verhältnissmässig oft bei berufsmässigen Reitern vorgefunden wird. Der andauernde Reiz, der beim Reiten auf diese Schleimbeutel ausgeübt wird, kann zu einem Hygrom führen. Die *Diagnose* dieser mit dem Gelenke nicht communicirenden Schleimbeutel ist meist leicht. Die beste *Behandlung* besteht in der Punktion mit nachfolgender Compression. P. Wagner (Leipzig).

296. **Zur Chirurgie des Magens**; von Prof. Landerer in Leipzig. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 39. 1893.)

L. berichtet über 3 Beobachtungen, in denen durch eine *mechanische Fixation des Magens heftige,*

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

jeder inneren Behandlung trotzende *Magenbeschwerden* herbeigeführt wurden. Als charakteristisch für diese mechanischen Magenbeschwerden ist nach L. der Umstand anzusehen, dass die Beschwerden, für die sich sonst keine objektive Ursache finden lässt, durch Bewegung des Körpers und ganz besonders des Magens [Ausspülung!] hervorgerufen oder ganz erheblich gesteigert werden. *Heilung durch operative Beseitigung der abnormen Fixationen,* die im 1. Falle durch einen Netzstrang, im 2. Falle durch Adhäsionen mit dem linken Leberlappen, im 3. Falle durch Einklemmung eines kleinapfelgrossen Stückes der Magenwand in eine Nabelbruchpforte entstanden waren.

P. Wagner (Leipzig).

297. **Ueber den Einfluss innerer Darmverwachsungen nach Laparotomien auf die Entstehung von Bauchbrüchen**; von Dr. H. Waitz in Hamburg. (v. Esmarch's Festschr. p. 379. 1893.)

Auf Grund zweier eigenen, genau mitgetheilten Beobachtungen macht W. auf den Einfluss aufmerksam, den innere Darmverwachsungen nach Laparotomien auf die Entstehung von Bauchbrüchen ausüben können. Die inneren Darmverwachsungen führen zu Störungen der Stuhlentleerung mit allen ihren Folgen. Das wiederholte vergebliche Drängen bei der Oeffnung und die starke Auftreibung der Därme steigern den intraabdominalen Druck ausserordentlich. Bei intakten Bauchdecken mag der gesteigerte innere Bauchdruck ein nach allen Seiten hin gleichmässig vertheilter sein, so dass ihm keine besondere Bedeutung bei dem Zustandekommen von Hernien zukommt; nach Laparotomien aber findet er in dem Narbengewebe auch der mit vollendeter Technik genähten Bauchwunde einen geringeren Widerstand, als die normale, fibrös-muskulöse Bauchwand bietet. Es kommt unter dem immer wiederholten Andrängen der stark gefüllten Därme zu einer allmählichen Dehnung der Narbe, bis diese immer mehr nachgiebt und schliesslich zu einem sogen. Bruchsacke ausgestülpt wird.

Zur Verhinderung der diese Zustände bedingenden Darmverwachsungen nach Laparotomien, deren Hauptursache nach Kaltenborn in einer Infektion von aussen zu suchen ist, gehört zunächst eine peinlich sorgfältige Asepsis, sowie die Verhütung der Bildung von Wundflächen im Innern des Leibes. Sehr wichtig ist ferner die Sorge für eine exakte Naht der Bauchwunde, so dass eine möglichst lineäre Verklebung des Peritonaeum erstrebt wird.

Die von W. geübte Nahtmethode besteht in der Anwendung tiefgreifender, alle Weichtheile mitfassender Nähte, die mit grossen gebogenen Nadeln gelegt, aber nicht eher geknüpft werden, ehe nicht eine sehr genaue und dicht liegende Catgutnaht das Peritonaeum für sich vereinigt hat. Um eine Verklebung der Wundränder mit den Därmen zu vermeiden, empfiehlt es sich ausserdem, sorgsam das Netz zwischen Darm und Bauchwand auszubreiten. Alle übrigen Wundflächen im Abdomen müssen ebenfalls sorgsamst vermieden werden und, wo dieselben entstehen, sei es nach Durchtrennung von Verwachsungen, sei es für versenkte Stiele der Ovarien- und Uterustumoren, sollen sie mit derselben Sorgfalt wie die Bauchwunde selbst durch Nähte vereinigt werden.

Für die Nachbehandlung empfiehlt W., im Gegensatz zu dem jetzt meist üblichen Verfahren, statt Opiaten leichte Abführmittel zu geben, um gerade in den ersten Tagen nach der Operation die Peristaltik der Därme anzuregen und so Verwachsungen der Darmschlingen unter einander zu vermeiden.

P. Wagner (Leipzig).

298. **Ein durch Operation geheilter Fall von innerer Einklemmung (Hernia retroperitonaealis Treitzii)**; von Prof. Sonnenburg in Berlin. (v. Esmarch's Festschr. p. 127. 1893.)

S. berichtet über einen Fall von Retroperitonäalhernie, der in Folge operativen Eingriffs in Genesung überging. Ein gleicher Fall ist in der Literatur bisher nicht aufzufinden.

Der 26jähr., bisher gesunde Pat. erkrankte ohne nachweisbare Veranlassung ganz plötzlich an äusserst heftigen Leibschmerzen und Brechneigung. Am nächsten Tage starkes Erbrechen und mehrere dünnflüssige Stuhlgänge. Vom 3. Tage an Stuhlverstopfung. Das Erbrechen dauerte fort. Die Schmerzen im Leibe, die spontan und bei Druck vorhanden waren, traten in den ersten Tagen anfallsweise auf, später waren sie dauernd und wurden in der Magengegend etwas links von der Mittellinie und ungefähr in der Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz mit Ausstrahlen nach dem Kreuz lokalisirt. Kein Fieber. Pat. wurde nach 2tägiger Beobachtung von der inneren auf die chirurgische Abtheilung verlegt.

Die *Untersuchung* des den Eindruck eines Schwerkranken machenden Pat. ergab den Leib gleichförmig gespannt und mässig aufgetrieben, besonders aber im oberen Theile, während der Unterleib im Bereiche des Dickdarms eher eingefallen erschien. Ueberall gleichmässiger tympanitischer Schall; nirgends eine Geschwulst oder eine Härte zu fühlen. Das aufgetriebene Epigastrium war schmerzhaft besonders in einer Linie, die, links vom Nabel beginnend, über diesen nach rechts ging. Rectum leer, ohne Abnormitäten; das Erbrochene gallig gefärbt ohne fäkale Beimischung. Das Genossene wurde schnell erbrochen, zeigte wenig Veränderung. Sämmtliche Bruchpforten frei.

Die *Diagnose* wurde mit Wahrscheinlichkeit auf eine Darmknickung in Folge von Strangbildung oder auf eine innere Einklemmung gestellt. 8 Tage nach Beginn der Erkrankung *Probelaparotomie.* Die Eventration der Darmschlingen aus den abwärts gelegenen Theilen des Bauches gelang leicht, dagegen erschienen die oberen Abschnitte unnachgiebig wie fixirt. Bei fortgesetztem Zuge gaben diese Theile plötzlich nach und es erschien von links unter dem Magen vortauchend eine offenbar incarcerirt gewesene, dem obersten Abschnitte des Jejunum angehörende Dünndarmschlinge, die eine deutlich erkennbare Einschnürung mit Fibrinauflagerungen zeigte. Nirgends fanden sich eine abnorme Strangbildung oder isolirte peritonäale Adhäsionen, eben so wenig waren Spalten im Omentum oder etwa vom Netz ausgehende Ligamente oder Divertikelbildung vorhanden. Die in der Bauchhöhle noch zurückgebliebenen Dünndarmschlingen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

hinderten eine genaue Abtastung der hinteren Bauchfellabschnitte, sowie der Bauchwand, so dass in der Gegend speciell, aus der die incarcerirte Schlinge zum Vorschein gekommen war und die der Fossa duodeno-jejunal. sin. entsprechen musste, eine besondere Vertiefung, ein Ring, ein Recessus des Bauchfells nicht wahrgenommen werden konnte. S. hält diesen Umstand für um so erklärlicher, als es sich nach dem Umfange des Bruches nur um einen kleinen Bruchsack und um eine kleine Oeffnung handeln konnte. Reposition der Darmschlingen, Naht der Bauchwunde, glatte *Heilung*.

Die epikritischen Bemerkungen S.'s gehen alle auf den Nachweis hinaus, dass es sich in seinem Falle um eine *kleine beginnende Hernia retroperitonaealis Treitzii* oder *Hernia duodeno-jejunalis sin.* gehandelt habe. P. Wagner (Leipzig).

299. **Étude sur la hernie obturatrice**; par L. Picqué and P. Poirier. (Revue de Chir. XI. p. 693. 957. XII. p. 330. 1892.)

Vff. geben auf Grund einer eigenen und 20 in der Literatur niedergelegter Beobachtungen eine ausführliche Darstellung der Hernia obturatoria. Ein kurzes Referat dieser eingehenden Arbeit würde zwecklos sein, ihr sorgfältiges Studium wird für Jeden nöthig sein, der sich genauer über diese Form des Bruches unterrichten will.

Die Einleitung bildet eine ausgiebige, durch zahlreiche gute Holzschnitte unterstützte anatomische Beschreibung der bei der Hernia obturatoria vorliegenden Verhältnisse.

Wir wollen hier nur noch kurz erwähnen, dass die Vff. die von Manchen empfohlene Laparotomie bei der Hernia obturatoria incarcerata verwerfen und den inneren Bruchschnitt empfehlen, an den, wenn möglich, die Radikaloperation anzuschliessen ist. P. Wagner (Leipzig).

300. **Hernie inguinale simultanée de la trompe utérine et de la vessie. Les hernies de la trompe. Les lésions opératoires de la vessie herniée**; par le Dr. Lejars. (Revue de Chir. XIII. 1. p. 12. 2. p. 111. 1893.)

Die der Arbeit zu Grunde liegende Beobachtung betraf eine 39jähr. Frau mit eingeklemmter rechtseitiger Inguinalhernie. Bei der Operation fand sich in dem Bruchsacke die halb brandige Tube ohne Ovarium. Erweiterung des Bauchrings. Resektion der Tube im Gesunden. Bei dem Versuche, den Bruchsack zum Zwecke der Radikaloperation zu isoliren, wurde die mit ihm an seiner hinteren Wand fest verwachsene ausgestülpte Harnblase verletzt. Da der Blasenriss sehr unregelmässig war, musste ein grösseres Stück der Blasenwand herausgeschnitten werden. Genaue Naht des Blasendefektes, Drainage, Verweilkatheter bis zum nächsten Tage; *Heilung*. Kleine Urinfistel in der rechten Weiche, die sich nach 4 Mon. von selbst schloss.

Die Kr. litt ausserdem an einem Uterusfibrom, das zeitweise schwere Blutungen veranlasste.

In der Literatur fand L. noch 8 weitere Fälle, *in denen der Eileiter den alleinigen Bruchinhalt bildete*. 5mal handelte es sich um Schenkel-, 3mal um Leistenbrüche. In 5 Fällen handelte es sich um rechtseitige Hernien. In den 4 anderen Fällen findet sich die Seite des Bruches nicht angegeben. Die Kranken standen im Alter von 36—70 Jahren.

In 5 Fällen war der Eileiter eingeklemmt, 2mal war die Einklemmung mit Abscessbildung im Bruchsacke verbunden.

Obwohl der eingeklemmte Eileiter meist rasch brandig wird, sind die *klinischen Erscheinungen* der Einklemmung nicht so schwere wie bei einem Darmbruche.

Diagnostisch ist der Nachweis der Fimbrien von besonderer Bedeutung, da man an ihnen mit Sicherheit den Eileiter erkennt, während sonst Verwechselungen mit einem eingeklemmten Wurmfortsatze möglich sind.

Therapeutisch empfiehlt L. das Herausschneiden des eingeklemmten Eileiters. Der abgebundene Stumpf muss zur grösseren Sicherheit verschorft werden.

Der 2. Theil der Arbeit enthält eine Analyse von 20 Fällen von *Blasenverletzung bei der Radikaloperation oder Herniotomie eines Bruches*. In 16 Fällen wurde die Verletzung der Blase sofort erkannt. Von den 20 Kranken starben 6; bei 2 trat glätte Heilung nach Naht der Blasenwunde ein, in 11 Fällen kam es erst zur Fistelbildung; in 1 Falle blieb die Fistel bestehen. P. Wagner (Leipzig).

301. **Cystocèle crurale**; par le Dr. Schoonen. (Revue de Chir. XIII. 4. p. 331. 1893.)

Eingeklemmte rechtseitige Schenkelhernie bei einem Dammarbeiter. Erbrechen, Stuhlverstopfung, Meteorismus, jedoch Abgang von Gasen. Taxisversuche in Chloroformnarkose ohne Erfolg. *Operation*. Die von dem Lig. Gimbernati und der Fascia cribriformis bedeckte Geschwulst bestand aus einer Fettmasse, unter der sich eine irreponible, am Schenkelring oben innen verwachsene, von Peritonaeum bedeckte, gestielte Blasenausstülpung vorfand. Ein durch die Harnröhre eingeführter Katheter konnte in dem Blasendivertikel deutlich gefühlt werden. Resektion der Lipocele, Reposition des Blasendivertikels, Naht. Reaktionslose *Heilung*. Keine Beschwerden bei der Urinentleerung.

P. Wagner (Leipzig).

302. **Ueber den Gebrauch der versenkten Darmnaht bei Laparotomien und bei Unterleibsbrüchen**; von Dr. M. Schede in Hamburg. (v. Esmarch's Festschr. p. 393. 1893.)

Sch. hat vor 6 Jahren in einem Falle von enormer angeborener Dehiscenz der MM. recti abdom. in ihrer gesammten Ausdehnung mit fast vollständiger Eventration bei einem $1^1/_2$jähr. Mädchen den Schluss der Spalte, da andere Mittel versagten, mit Hülfe vou 24 versenkten Silbersuturen versucht. Dieser Versuch gelang glänzend. Die Drähte heilten sämmtlich ein, die Wunde heilte per prim. int. und der Erfolg war ein vollständiger und dauernder, wie Sch. noch vor Kurzem feststellen konnte.

1889 bekam Sch. wiederum einen enormen Bauchbruch zur Operation, der sich nach einer von ihm selbst im Jahre vorher ausgeführten Laparotomie entwickelt hatte. Die Operation dieses Bauchbruchs wurde in gleicher Weise und mit gleichem Erfolge ausgeführt.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Diese beiden Fälle wurden für Sch. die Veranlassung, die schon früher für die Radikaloperationen der Leisten- und Schenkelbrüche verwendete versenkte Silbernaht nun principiell nicht nur bei allen Bauchbrüchen, sondern auch von vornherein bei allen Laparotomien in Anwendung zu ziehen, um das Entstehen von Bauchbrüchen überhaupt unmöglich zu machen.

Sch. hat seine versenkte Drahtnaht bisher bei 151 Laparotomien und 210 Radikaloperationen von Hernien angewendet und im Allgemeinen vortrefflich bewährt gefunden.

Von 121 Patienten, die nach der Laparotomie geheilt blieben, bekamen 7 kleine Brüche in der Narbe, von denen aber nur 4 der Methode zur Last fallen. Von den Patienten mit Radikaloperation einer Hernie haben schlimmsten Falls 10% ein Recidiv.

Die Drahtnaht wird von Sch. so ausgeführt, dass nach Durchlegen der grossen, die ganzen Bauchdecken fassenden Nähte, zu denen ebenfalls, und zwar starker, Silberdraht verwendet wird, eine Reihe versenkter Nähte von feinerem Silberdraht gelegt wird, welche nur das Peritonaeum und die Rectusscheiden fassen. Die Drähte liegen ziemlich dicht, $^2/_3$—1 cm von einander. Sie werden mit dem Drahtschnürer geschlossen und die kurz abgeschnittenen Enden sorgfältig so abgebogen, dass sie der Körperoberfläche parallel liegen. Der durch Auskochen in 1proc. Sodalösung und Einlegen in 3proc. Carbolwasser desinficirte Draht heilt fast ausnahmelos ausserordentlich leicht ein, wie Sch. an einer Reihe von Präparaten nachweisen kann. Fast niemals entstehen Beschwerden durch die eingeheilten Drähte. Bruchbänder und Bauchbinden lässt Sch. nach der Operation nicht tragen. P. Wagner (Leipzig).

303. **The radical cure of hernia, with a description of a method of operating for femoral hernia**; by W. Watson Cheyne. (Lancet II. 19; Nov. 5. 1892.)

Ch. operirt die Schenkelhernien folgendermaassen:

Nachdem die Hernie reponirt ist, wird der Bruchsackhals ligirt und an die Bauchwand angenäht. Dann wird aus dem M. pectineus ein genügend grosser Lappen gebildet, um den Schenkelkanal ohne Spannung auszufüllen. Die Incision im Muskel beginnt an der inneren Wand des Schenkelkanals, geht parallel mit dem Lig. Poupartii und biegt sich dann nach hinten aussen oben. In die zwei unteren Enden kommen zwei Fixationfäden, welche, nachdem der Lappen nach oben geschlagen ist, durch die Bauchwand durchgeführt werden. Wenn dann auch der den Schenkelkanal verschliessende Muskel atrophiren sollte, bleibt genügend Bindegewebe zum Verschluss übrig. In 2 Fällen, in denen Ch. die Operation ausführte, war der Erfolg sehr günstig.

E. Ullmann (Wien).

304. **Zur Radikalkur der Hernien**; von Theodor Kocher in Bern. (Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte XXII. 18. 1892.)

K. berichtet über 94 Fälle ohne Unterschied der geübten Methode. In 20 der Fälle trat Recidiv ein. In 2 von diesen Fällen konnte die Radikalkur nicht regelrecht ausgeführt werden. 8 Kranke waren nicht von K. operirt, so dass nur 81 Fälle mit 7 Recidiven bleiben. In 8 Fällen trat Eiterung ein und 5 dieser Kr. sind rückfällig geworden. Die Bedingungen für die Erzielung einer sicheren radikalen Heilung sind neben einer vollkommenen Asepsis erstens eine genaue Isolirung des Bruchsackes von der Umgebung und den bedeckenden Fascien, zweitens die sehr hohe Unterbindung des Brucksackhalses, drittens der genaue Verschluss der Bruchpforte. Die Methode, nach welcher K. operirt, ist folgende:

Nachdem über dem Leistenkanal und lateralwärts über denselben hinaus in der Richtung des Lig. Poupartii Haut und Fascia superficialis gespalten und die Art. epigastrica superficialis unterbunden ist, wird am vorderen Leistenring nur die dünne Fascia Cooperi, welche als Fortsetzung der strammen Aponeurose des M. obliqu. ext. den Samenstrang überzieht, gespalten, ebenso darunter die Cremasterschlingen und die bei Brüchen meist wohl entwickelte Tunica vaginalis communis. Nun zieht man die Gebilde des Samenstranges auseinander, indem man sie gegen das Licht hält, und kann gewöhnlich den Rand eines auch dünnen Bruchsackes gut erkennen. Der letztere wird sorgfältig stumpf isolirt und von den Samenstranggebilden getrennt bis er sich kräftig herunterziehen und stielen lässt.

Nun wird der Zeigefinger der linken Hand in den Leistenkanal eingeführt und lateralwärts von der Stelle des hinteren Leistenringes eine kleine Oeffnung in die Aponeurose des M. obliqu. ext. gemacht, durch diese und die unten liegenden Muskelfasern des M. obliqu. int. und transversus eine schlanke Kornzange dem zurückweichenden linken Zeigefinger entlang durch den Leistenkanal durch und aus dem vorderen Leistenring herausgeführt. Mit ihr wird der Grund des freipräparirten Bruchsackes gefasst, durch den Leistenkanal herauf und zu der engen Oeffnung in dessen vorderer Wand, bez. etwas lateralwärts von deren oberem Ende durchgezogen.

Nunmehr hängt der Bruchsack mit der Richtung lateralwärts durch eine enge Oeffnung oberhalb des Poupart'schen Bandes heraus. Er wird so kräftig wie möglich angezogen, dann in der Weise, wie es Heliodor schon geübt und Ball neuerdings empfohlen hat, energisch torquirt, aber nunmehr nicht abgetragen, sondern auf der Aussenfläche der Aponeurose des M. obliquus ext. in der Richtung des Leistenkanals gegen den vorderen Leistenring heruntergelegt und sehr stark angezogen.

Durch diesen Zug wird die vordere Wand des uneröffneten Leistenkanals, ganz besonders die stramme Aponeurose des äusseren schiefen Bauchmuskels, zu einer Rinne ein- und rückwärts gedrückt.

Indem man den torquirten Bruchsack in der angegebenen Lage gespannt erhält, legt man, vom obersten lateralen Theil angefangen, tiefgreifende Nähte an, welche oberhalb des torquirten Bruchsackstranges durch die schrägen Fasern der Aponeurose des Obliquus ext. und die darunter liegenden Muskelfasern des Obliquus int. und transversus durchgestochen werden, den Bruchsack selber durchstechen und unter demselben das Lig. Poupartii fassen. Diese Nähte, 5—7 oder mehr, schliessen medianwärts auch die Pfeiler des vorderen Leistenringes zusammen, an welche das untere Ende des Bruchsackes angeheftet wird. Was über den vorderen Leistenring abwärts geht, wird abgeschnitten.

Auf diese Weise erhält man einen sehr festen derben Wulst in ganzer Länge des Leistenkanals, welcher einen besseren Damm bildet gegen das Andrängen der Eingeweide, als irgend ein implantirter Lappen aus Haut oder Periost. Dazu kommt, dass das Peritonaeum lateralwärts verzogen und gespannt, kräftig an die Bauchwand im Bereiche des hinteren Leistenringes angepresst ist und hier

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

durch Torsion sowohl, als durch tiefgreifende Nähte verschlossen ist. Dieser Verschluss durch die Naht ist um so zuverlässiger, als die oberste Naht noch lateralwärts von der Eintrittstelle des Samenstranges in die Bauchwand und daher sehr tief durch deren ganze Dicke hindurch angelegt werden kann.

Beim Schenkelbruch wurde dasselbe Verfahren benutzt in der Weise, dass der völlig isolirte und möglichst kräftig torquirte Bruchsack durch eine kleine Oeffnung oberhalb des Lig. Poupartii hindurchgezogen und dann in eine die Fascia pectinea und das Lig. Poupartii umfassende Schnürnaht zum Verschluss des Schenkelringes hineingefasst wurde.

E. Ullmann (Wien).

305. **Ein Fall von Pankreascyste**; von Dr. Nicolaus Flaischlen, Frauenarzt in Berlin. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 1. p. 93. 1893.)

Bis jetzt sind Pankreascysten mit gutem Erfolg nur von Bozeman und Martin (Jahrbb. CCXXX. p. 155) exstirpirt worden; Fl. theilt nun einen Fall von sehr grosser Pankreascyste mit, in dem er durch Fistelbildung Heilung erzielte.

Eine 28jähr. Pat. bemerkte im Juli 1892 die Entwickelung einer Geschwulst in der Nabelgegend, welche unter grossen Schmerzen und starker Abmagerung der Kranken sehr schnell wuchs. Am 1. Nov. 1892 fand Fl. einen fluktuirenden prallgespannten Tumor, welcher, das linke Hypochondrium ausfüllend, nach oben bis weit unter den Rippenbogen sich erstreckte, nach rechts die Mittellinie überragte, rechts nach unten nur 4 Querfinger von der Symphyse entfernt war. In der Nacht vom 2. zum 3. Nov. plötzliche Verkleinerung des Tumor. Am 14. Nov. Laparotomie: Schnitt in der Mittellinie; in der Wunde oben zeigte sich der ganz plattgedrückte Magen, im unteren Theile das Colon transversum, dazwischen das Netz mit colossalen Gefässen. Beim Versuch, den Tumor freizulegen, riss die Serosa des Magens ein. Da die bestehenden Verwachsungen eine Radikaloperation unausführbar erscheinen liessen, nähte Fl. nach Entleerung mehrerer Liter dunkelgrüner Flüssigkeit die Cystenwand in die Bauchwunde ein. Fieberfreier Verlauf. Entlassung der Pat. nach 4 Wochen. Schluss des Fistelganges nach 1/4 Jahr. Die Kranke erholte sich sehr nach der Operation.

Die chemische Untersuchung des Geschwulstinhaltes, von Prof. Kossel vorgenommen, ergab kein Pankreasferment und keinen Harnstoff. Vom 14. Tage nach der Operation an enthielt das Fistelsekret dagegen in deutlichster Weise die Fermente des Pankreas.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle war die Diagnose sofort zu stellen, da der obere Theil des Tumor *hinter* dem Magen lag und die hintere Magenwand mit dem Tumor verwachsen war. Die plötzliche Verkleinerung des Tumor vor der Operation war dadurch zu erklären, dass der Cysteninhalt nach Platzen der brüchigen Wand sich in die Bauchhöhle ergossen hatte. Die Probepunktion zur Feststellung der Diagnose empfiehlt sich nach Fl. nicht, da die chemische Untersuchung des Cysteninhalts meist keinen sicheren diagnostischen Anhalt giebt. In den meisten Fällen wird die Ausheilung der Pankreascysten durch Fistelbildung das Richtige sein und die Totalexstirpation einer Pankreascyste wird stets als grosse Seltenheit gelten müssen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

306. **Operation einer Pankreascyste von seltener anatomischer Lagerung**; von Dr. Jos. Hersche in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. V. 51. 1892.)

H. theilt die Krankengeschichte einer 32jähr. Frau mit, bei welcher ein Abdominaltumor, der für eine Ovariencyste gehalten wurde, bei der Operation sich als Pankreascyste entpuppte. Die Diagnose war gerechtfertigt, da alle für Pankreascysten charakteristischen Erscheinungen fehlten, weil ferner die Lokalisation der Geschwulst in der unteren Bauchhälfte die Retroversion und Verdrängung des Uterus nach rechts, die Mitbewegung der Port. vagin. bei sagittaler Verschiebung des Tumor, sowie die Unmöglichkeit, an der unteren Circumferenz des Tumor das Colon transversum nachzuweisen, die Möglichkeit einer Pankreascyste unwahrscheinlich machten. Die Regio epigastrica war ganz frei. Während in der Mehrzahl der Fälle die Cysten des Pankreas, das Lig. gastrocolicum nach vorne drängend, den Magen über sich, das Colon transversum unter sich haben, erreichte bei der Kranken die Geschwulst unterhalb des Quercolon die vordere Bauchwand. Es handelte sich hier offenbar um eine, im Schwanztheile des Pankreas zur Entwickelung gelangte Mesocoloncyste, die bei fortschreitendem Wachsthum, im Gegensatz zu allen beschriebenen Fällen, das obere Blatt des Mesocolon sehr wenig, das untere dagegen in hohem Grade vorstülpte, so dass der Tumor nicht in der Bursa omentalis, sondern in der freien Bauchhöhle lag.

E. Ullmann (Wien).

307. **Sur un cas de kyste du pancréas**; par le Dr. Schwartz, Paris. (Semaine méd. XIII. 36. 1893.)

Die 28jähr. Frau, deren Regeln im Sommer 1890 aufhörten und die sich schwanger glaubte, da ausser dem Bauch auch die Brüste sich vergrösserten und sie oft Uebelkeiten hatte, fiel im Juni 1890 vom ersten Stock hinunter. Seither traten ausserordentlich heftige Schmerzen in Intervallen von 2—3 Tagen auf. Im Januar 1891 wurde die Kranke in's Spital aufgenommen. Bei der Untersuchung zeigte sich ein Tumor von der Grösse eines 7 Monate schwangeren Uterus, zwischen ihm und der Leber lag eine tympanitisch klingende Zone, oft war auch über der Geschwulst tympanitischer Schall. Der Uterus klein, mit dem Tumor nicht zusammenhängend. Der Tumor war der Quere nach verschiebbar, doch nicht der Länge nach. Die Diagnose schwankte zwischen Retroperitonäalcyste und Pankreascyste. Bei der Laparotomie wurden, nachdem man an die Cystenwand gelangt war, mit dem Troikar etwa 6 Liter brauner Flüssigkeit entleert, dann die Cystenwand an das parietale Peritonaeum angenäht. Die Fistel schloss sich nach 4 Monaten.

Schw. glaubt, dass die Normaloperation der Pankreascysten diese sei, während die Exstirpation nur in einzelnen Fällen als Ausnahme in Betracht komme.

E. Ullmann (Wien).

308. **Operation der Phimose nach Dr. Hagedorn**; von Dr. Habs in Magdeburg. (Centr.-Bl. f. Chir. XX. 40. 1893.)

Die einfache Spaltung der Phimose führt fast immer zur Bildung eines hässlichen, schürzenartig herabhängenden Lappens, der in der Folgezeit nur wenig schrumpft; auch bei der gewöhnlichen Circumcision, bei welcher das Frenulum erhalten wird, verbleibt an diesem meist eine Verdickung,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

die oft dauernd einen unschönen Knoten bildet. Hagedorn bedient sich deshalb seit mehr als 10 Jahren eines Verfahrens, das bei Weitem bessere kosmetische Resultate ergiebt. Die Operation setzt sich aus folgenden 5 Akten zusammen: 1) Umschneidung der äusseren Haut; 2) Spaltung der Vorhaut am Penisrücken; 3) Umschneidung der Schleimhaut; 4) Abtragung des so umschnittenen Vorhautlappens; 5) Vernähung der Schleimhaut mit der äusseren Haut. P. Wagner (Leipzig).

309. **Ueber die chirurgische Behandlung der männlichen Hypospadie und Epispadie**; von Dr. A. Zöller in Heidelberg. (Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 150. 1894.)

Nach kurzen Bemerkungen über die Genese der Hypo- und Epispadie, wobei Z. vor Allem auf die Anschauungen von Thiersch und von Kaufmann eingeht, bespricht er die operative Behandlung dieser Missbildungen nach den Methoden von Dieffenbach, Duplay, Dolbeau, Kroenlein, Nélaton, Thiersch u. A. und hebt dabei ganz besonders die grossen Vorzüge der Methode Thiersch's hervor.

In der Heidelberger chirurgischen Klinik sind von 1878—1892 20 Hypo- und Epispadien zur Behandlung gekommen, und zwar wurde in den meisten Fällen nach dem Verfahren von Thiersch operirt. Die Kranken standen im Alter von 22 Monaten bis 29 Jahren. Die Dauer der Behandlung schwankte zwischen 1—5 Monaten und betrug bei den geheilten Kranken im Mittel 3—4 Monate. Völlig geheilt wurden 7 Kr., geheilt mit Incontinenz 1 Kr., mit Fisteln 10 Kranke. Ohne Erfolg blieb die Behandlung bei 2 Kranken.

Zum Schluss werden die einzelnen Krankengeschichten kurz mitgetheilt.

P. Wagner (Leipzig).

310. **Prostatectomia alta**; von Dr. Hans Schmid in Stettin. (v. Esmarch's Festschr. p. 443. 1893.)

Da die Hypertrophie der Prostata eine in ihren Folgen ausserordentlich lästige und schwere Erkrankung darstellt, so hat man immer wieder versucht, durch *operative Eingriffe* das Leiden *gründlich* zu heilen. Mit 2 Operationen ist man ihm bisher zu Leibe gegangen, nämlich mit der *Prostatectomia lateralis* und mit der *Prostatectomia alta* oder *interna*, je nachdem die seitlichen oder der mittlere Prostatalappen am meisten vergrössert sind.

Zu Gunsten der operativen Behandlung der Prostatahypertrophie ist hervorzuheben, dass, entsprechend dem, wenn auch nur kleinen statistischen Material, nach Beseitigung der eigentlichen Causa morbi (d. i. der hypertrophischen Prostatalappen) die Folgeerscheinungen in auffallender Weise gehoben werden können, wenn das Leiden nicht allzu lange schon gedauert hat. Nicht nur der Blasenkatarrh kann vollständig gehoben werden, sondern auch die Funktionen der Blasenmuskulatur können nach verhältnissmässig langer Zeit wieder annähernd normale werden.

Schm. hat bei einem 63jähr. Pat. mit besonders typisch ausgeprägter Hypertrophie des mittleren Prostatalappens diesen mit dem Messer entfernt und bei dem bereits 5 Jahre an Blasenbeschwerden leidenden Kranken ein ganz gutes, über längere Zeit controlirtes Resultat erhalten. P. Wagner (Leipzig).

311. **Ein Fall von Harnblasenverletzung verursacht durch Beckenfraktur**; von Dr. Arnheim in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 18. 1893.)

Bei einer 41jähr. Frau entstand durch eine Beckenfraktur eine doppelseitige extraperitonäale Harnblasenverletzung. Breite Eröffnung des prävesikalen Raumes, Aufsuchung der Blasenwunde und Schluss derselben durch doppelreihige Naht. Als zur Haltbarkeitsprüfung der Naht vorsichtig Borwassereingiessungen in die Blase gemacht wurden, zeigte sich, dass auch auf der anderen Seite der Blase noch eine Rissstelle bestand. Naht. Beide Nähte wurden durch nochmaliges Eingiessen von Borsäurelösung auf ihre Haltbarkeit geprüft. Tamponade der äusseren Wunde; Verweilkatheter.

Tod 18 Tage post operat. an einer innerlichen Blutung (Arrosion eines Rectalgefässes durch ein Frakturende?). Sektion nicht gestattet. P. Wagner (Leipzig).

312. **Eine ihrem Ausgange nach einzig dastehende Beobachtung von frakturärer Spaltung des Beckenringes**; von Franz L. Neugebauer in Warschau. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XVI. 47. 1892.)

Bei einer 20jähr. Frau, die 14 Wochen früher überfahren war, fand sich bei Untersuchung per vaginam linkerseits eine Diastase der Vorderwand des knöchernen Beckenringes, ein Bruch des linken horizontalen Schambeinastes und ein Bruch des Ramus descendens dicht vor dem aufsteigenden Sitzbeinaste. Auch rechterseits lag eine entsprechende Fraktur vor, nur dass hier die Fragmente durch einen von aussen und von innen tastbaren Callus vereint erschienen. Auffallend war, dass die Knochenfragmente linkerseits von der Symphyse beim Gehen der Pat., beim Heben der Beine alternirend auf- und abstiegen. Ob, wie man annehmen müsste, auch eines oder gar beide Ileosacralgelenke lädirt waren, liess sich nicht feststellen; jedenfalls bestand in beiden eine erhöhte Beweglichkeit. Brosin (Dresden).

313. **Beiträge zum Heilverfahren bei Knochenbrüchen**; von Dr. J. Lumniczer in Budapest. (Ungar. Arch. f. Med. II. 2. p. 161. 1893.)

L. hebt die grossen Vortheile hervor, die mit dem Landerer'schen Verfahren (siehe Jahrbb. CCXXVII. p. 110) in der Behandlung der Knochenbrüche erzielt werden:

„1) Durch das Verfahren von Landerer sind wir in der Lage, die Heilungsdauer von an Diaphysen entstandenen Frakturen sowohl bei jungen, als bei alten Individuen erheblich abzukürzen und die nach Frakturen zurückbleibenden Folgezustände gänzlich zu vermeiden. 2) Es ist mit besonderem Erfolge anwendbar bei in's Gelenk dringenden Brüchen, bei alten Individuen, sowie dort, wo langsamere Consolidation zu erwarten ist. 3) Es ist anwendbar bei offenen Frakturen dann, wenn

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

die Heilung der Continuitätstrennung weicher Theile grösstentheils schon vollendet, also dann, wenn subcutanen Frakturen entsprechende Verhältnisse vorherrschen.

Bei Comminutiv- oder solchen Frakturen, wo die Bruchenden zur Verschiebung geneigt sind, ist dieses Verfahren nicht anzuempfehlen."

P. Wagner (Leipzig).

314. **Fracture des os de la jambe chez un rachitique. Pseudarthrose; résection; guérison**; par le Dr. G. Romniciano, Bucarest. (Revue de Chir. XIII. 4. p. 318. 1893.)

Die Beobachtung betrifft einen 2jähr. Knaben mit Rhachitis, der im Alter von 11 Monaten nach einer sehr geringen Gewalteinwirkung eine Fraktur beider Unterschenkelknochen der linken Seite erlitt. Die Fraktur heilte nicht, es entstand eine Pseudarthrose, die von R. 13 Monate später operirt wurde. Incision auf die Bruchstelle der Tibia, Resektion und genaue Anpassung der Bruchenden. Die etwas höher gelegene Pseudarthrose der Fibula wurde nicht operirt, da das Kind durch die Operation sehr schwach geworden war. Feste *Heilung* nach 5 Wochen.

In der Epikrise hebt R. die ausserordentliche Seltenheit von Pseudarthrosen im kindlichen Alter hervor. P. Wagner (Leipzig).

315. **Die Fraktur des Talus**; von Cand. med. R. Gaupp in Tübingen. (Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 91. 1894.)

Die Veranlassung zu der vorliegenden Arbeit bot ein in der Bruns'schen Klinik kürzlich beobachteter Fall von *veralteter subcutaner Talusfraktur*, in dem mit vorzüglichem Erfolge die Exstirpation des Talus vorgenommen wurde. Im Anschluss an diesen Fall giebt G. auf Grund einer Zusammenstellung von 60 derartigen Verletzungen eine zusammenhängende und möglichst vollständige Besprechung der Lehre von der Talusfraktur. Er hebt dabei besonders hervor, dass die verhältnissmässig seltene Talusfraktur diagnostisch häufig verkannt wird und dass auch die einfache Fraktur keine geringfügige Verletzung darstellt. Die complicirte Fraktur des Talus ist in allen Fällen eine schwere Verletzung.

Die *Behandlung* der subcutanen Talusfraktur besteht, wenn keine Dislokation eines Fragmentes vorhanden ist, in ruhiger Lagerung und sorgfältiger Immobilisation des Gliedes. Der fixirende Verband muss in rechtwinkliger Stellung des Fusses zum Unterschenkel angelegt werden und bis zur völligen Consolidation des Talus liegen bleiben.

Bei Dislokation eines Fragmentes muss versucht werden, dieses, wenn nöthig in Narkose, zu reponiren. Misslingt die Reposition, so muss möglichst bald operativ eingeschritten werden.

Die Hauptaufgabe bei Behandlung der complicirten Fraktur des Talus ist die gründliche Reinigung der Wunde und die Entfernung aller ausser Ernährung gesetzten Theile.

P. Wagner (Leipzig).

316. **Ein Fall von Luxatio tali completa mit Torsion des Talus um seine Längsachse. Blutige Reduktion. Heilung**; von Dr. H. Seiler in Lausanne. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXIII. 16. 1893.)

Ein Bauschlosser stürzte aus einer Höhe von circa 3 m senkrecht auf die Erde, wobei sein linker Fuss zuerst den Boden berührte und nach auswärts geschleudert wurde. Das Bein war sofort gebrauchsunfähig. Die genaue Untersuchung des stark nach aussen verschobenen Fusses ergab eine *complete Torsion des Talus mit Torsion des Knochens um seine Längsachse.* Zehen in Flexionstellung. Aktive und passive Bewegungen im Tibio-Tarsalgelenk vollständig aufgehoben. Sensibilität an der Fusssohle stark herabgesetzt. Reduktion in Aethernarkose erfolglos. Blutige Reduktion. Das Reduktionshinderniss bestand in der Sehne des Tibial. post., die den Taluskopf fest umschlungen hielt. Weghebelung der Sehne, Reduktion des Knochens. Das abgebrochene Sustentaculum tali wurde entfernt. *Heilung* mit guter Funktion. P. Wagner (Leipzig).

317. **Ruptur der Sehne des rechten Musculus quadriceps femoris. Sehnennaht**; von Dr. E. Röhl in Chur. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXIII. 13. 1893.)

Die Zerreissung erfolgte subcutan bei einem an chronischer Arthritis des betr. Kniegelenkes leidenden Kranken. Der Muskelzug, der die Sehne zum Zerreissen brachte, war kein sehr starker, sondern nur ein ganz plötzlicher.

R. glaubte von einer conservativen Behandlung nichts erwarten zu können, da 1) die Abreissung eine vollständige war, 2) die Diastase über 2 cm betrug und 3) durch Streckung und Hochlagerung sich nicht verringerte. *Sehnennaht.* Die Sehne war $1^1/_2$ cm oberhalb des Ansatzes an dem oberen Patellarand vollkommen quer durchrissen. Fetzige Rissenden. Im centralen Ende befanden sich 3 in die Quadricepssehne eingelagerte Knorpelstückchen, die ausgeschnitten wurden. Glättung der Rissenden. Sehnennaht durch 3 weit ausholende, sehr starke Catgutknopfnähte. *Heilung.* Beugung noch etwas behindert. P. Wagner (Leipzig).

318. **Ueber einen Fall von Oligodaktylie**; von Dr. H. Strauss in Berlin. (Berl. klin. Wochenschr. XXX. 43b. 1893.)

Die Missbildung fand sich bei einem 27jähr. Arbeiter, der im Stadium der vorgeschrittenen Phthisis pulmon. in die innere Abtheilung des Augusta-Hospitals aufgenommen wurde. Die rechte Hand war vollkommen normal gebildet; die linke Hand war in toto kleiner und zeigte nur 3 Finger, einen Daumen, einen Mittelfinger und einen ulnarwärts gelegenen Finger. Der Daumen war richtig gebildet, doch bestand eine häutige Verwachsung zwischen seiner Grundphalanx und der des Mittelfingers. Der Mittelfinger und der ulnarwärts gelegene Finger waren häutig verbunden, und zwar in allen Phalangen. Es waren 2 Nägel vorhanden.

Die sehr interessanten Einzelheiten, die die Untersuchung der skelettirten Hand darbot, sind im Original nachzulesen. P. Wagner (Leipzig).

319. **Beseitigung der narbigen Syndaktylie mittelst Thiersch'scher Transplantationen**; von Dr. Brohl in Köln. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 36. 1893.)

Br. hat in einem Falle von angeborener Syndaktylie und in einem Falle von ausgedehnter Syndaktylie nach

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Vorbrennung mit der Hauttransplantation nach Thiersch rasche *Heilung*, mit ausgezeichnetem funktionellen Resultate erzielt. P. Wagner (Leipzig).

320. **Les tuberculoses de l'épaule**; par le Dr. Mondan et le Dr. Ch. Audry. (Revue de Chir. XII. 3. p. 224. 1892.)

Die Arbeit, die sich auf 43 meist noch nicht veröffentlichte Fälle von Tuberkulose des Scapulo-Humeralgelenkes gründet, enthält die pathologische Anatomie, Aetiologie, Symptomatologie und Diagnose dieses Leidens. Die Therapie soll in einem späteren Aufsatze bearbeitet werden.

Der *pathologisch-anatomischen* Beschreibung der Schultergelenktuberkulose liegen 32 F. zu Grunde, in denen die Resektion ausgeführt wurde und die mit 2 oder 3 Ausnahmen nur Erwachsene betrafen. Meist war das Leiden ostalen Ursprungs und ging vom Humerus aus. Die Herde, die sich häufig in mehrfacher Anzahl vorfanden, sassen mit Vorliebe in dem Epiphysengebiete. M. u. A. unterscheiden eine feuchte Form der Tuberkulose mit raschem Verlaufe, mit oder ohne Fistelbildung, und eine trockene Form der Schultergelenktuberkulose, die langsamer verläuft und zu Atrophie und Ankylose neigt.

Bei der *Aetiologie* heben sie hervor, dass die anatomischen Eigenthümlichkeiten des Schultergelenkes, so namentlich die grosse Ausdehnung des Synovialsackes, nicht als eine Ursache häufigerer Erkrankungen angesehen werden können, da die Schultergelenktuberkulosen überhaupt und ganz besonders die primäre Synovialtuberkulose dieses Gelenkes sehr selten sind.

In einer Reihe von Fällen fanden sich ausser in dem Schultergelenke auch in anderen Organen, namentlich in den Lungen, tuberkulöse Erkrankungen.

Bei der *Symptomatologie* heben M. u. A. die Häufigkeit der schrumpfenden und atrophischen Form hervor, die in manchen Fällen allerdings auch nur durch die starke Atrophie des M. deltoideus vorgetäuscht wird. Eine Spontanluxation haben sie niemals beobachtet.

Bei der *Differentialdiagnose* hat man sich namentlich vor Verwechselungen mit subakutem oder chronischem Rheumatismus des Schultergelenkes zu hüten. P. Wagner (Leipzig).

321. **Indications et valeur de la résection dans l'ostéo-arthrite fongueuse de l'articulation des deux premières pièces du sternum, compliquée de luxation pathologique en avant du corps sur le manche**; par le Dr. A. Yvert. (Revue de Chir. XIII. 1. p. 32. 1893.)

Y. giebt die genaue Krankengeschichte eines an diffuser Bronchitis und verschiedenen tuberkulösen Knochen- und Gelenkeiterungen leidenden 21jähr. Kavalleristen, bei dem sich auch eine eitrige Periosteoarthritis des Gelenkes zwischen Corpus und Manubrium sterni ausbildete. Diese hatte zu einem retrosternalen Abscesse und schliesslich zu einer Luxation des Corpus sterni vor das Manubrium geführt. Resektion eines 4 cm breiten Stückes des vorspringenden Theiles des Sternum, Entleerung des Eiters u. s. w. Vollkommene *Heilung*, so dass Pat. nach 8 Mon. wieder Dienst thun konnte [!].

In der Epikrise hebt Y. hervor, dass unter 14 in der Literatur niedergelegten Beobachtungen von Resektionen aus der ganzen Dicke des Sternum wegen Caries oder Eiterung nur einmal der Tod im Anschluss an die Operation erfolgte; während in 8 Fällen mehr oder weniger vollkommene Heilung eintrat. P. Wagner (Leipzig).

322. **Transactions of the American ophthalmological society.** *Twenty-eight annual meeting.* (Hartford 1892. Published by the society. 8. 458 pp.)

The eye of the negro; by Dr. Kollock.

Kommen bei den Negern die gleichen Augenerkrankungen vor wie bei den Weissen? K. unterscheidet streng zwischen den Vollblutnegern und den Mulatten, dann zwischen den Negern vor dem amerikanischen Kriege, den Sklaven und den jetzigen. Vor dem Kriege waren die Schwarzen hauptsächlich mit Feldarbeiten beschäftigt, ihre Ernährung, Kleidung waren besser, die Plantagenbesitzer sorgten für die Gesundheit der Leute. Während des Krieges kamen beide Heere inmitten der schwarzen Bevölkerung und mit den Heeren breitete sich in der nicht durchseuchten Bevölkerung die Syphilis „schnell wie das Feuer über die Prairie" aus. Die Rasse wurde dadurch verschlechtert und gerade Hornhautleiden leichter und schwerster Art werden jetzt häufig bei den Schwarzen getroffen. Sehr selten dagegen ist Trachom, sehr häufig die früher nicht gekannte Blennorrhöe. Nach den Hornhautleiden kommt an Häufigkeit die Erkrankung der Iris; Retinitis, Neuritis optica, Chorioideitis sind selten. Unter den Negern wurde kein einziger Schielender beobachtet. Glaukom und Katarakt kommen in gleicher Häufigkeit wie bei den Weissen vor. Da diese Krankheit die älteren Schwarzen betrifft, die noch nicht Schulunterricht genossen haben oder Naheарbeit verrichteten, so spricht das gegen die Auffassung Derer, die diese Krankheit auf Ueberanstrengung des Sehorgans in der Nähe zurückführen wollen. Die Refraktion des Auges der Schwarzen ist normal; Kurzsichtige kommen fast nicht vor. Ganz anders ist dies schon bei den Mulatten.

In der Diskussion wurden die von K. vorgetragenen Ansichten fast allgemein bestätigt. Fryer erwähnt, dass er auch unter den Indianern keine Kurzsichtigkeit gefunden habe.

Contribution to the subject of intracranial lesions, with defects in the visual fields. Five cases with autopsy; by Ch. St. Bull.

B. giebt die Krankengeschichte und den Sektionsbefund von 5 Personen, bei denen aus dem Sehvermögen, dem Scotom, der concentrischen Gesichtsfeld-Einengung, der Hemianopsie mit ziemlicher Sicherheit auf den Sitz der Gehirnerkrankung geschlossen werden konnte.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Die Diagnosen waren: Pachymeningitis mit ausgedehnter Arteritis; Sarkom des Chiasma; Sarkom des linken Occipitallappens; Thrombose der Art. cerebr. bei frischer Gehirnblutung und Sarkom des rechten Tractus opticus; Gliosarkom des Kleinhirns.

The prime etiological factor of glaucoma is constitutional; by Dr. Richey.

Einer Kritik der verschiedenen Glaukom-Theorien folgt die Gegenüber- oder vielmehr Parallelstellung des Glaukoms zur Gicht, des Auges zur grossen Zehe. Ernährungstörungen, Ueberladung des Blutes mit harnsauren Salzen u. s. w. bedingen nach R. vor Allem das Glaukom. Darum legt er auch keinen Werth auf die Iridektomie, sondern sucht durch diätetische Heilmittel das Glaukom zu bekämpfen.

Orbital-Cellulitis; by Dr. Holt.

H. berichtet über 6 Fälle von Orbital-Cellulitis. Eine Krankengeschichte wird besonders ausführlich wiedergegeben. Hier breitete sich die Entzündung von dem Zellgewebe der Augenhöhle rasch nach allen Seiten, nach den Schläfen, dem Nacken, den Schlingmuskeln und dem Gehirn aus und es erfolgte der Tod nach 12 Tagen. Wahrscheinlich hatte in diesem Falle die Entzündung eine Verletzung zur Ursache, da in dem Bindehautsacke der stark geschwollenen Lider des 18jähr. taubstummen Kr. gleich am Anfang der Erkrankung Fremdkörper gefunden wurden.

Resultat of scleral puncture; by Dr. Sutphen.

S. punktirte 2mal die Sklera bei Netzhautablösung. Einmal war der Erfolg gering, einmal sehr gut.

The law of symmetry of our eyes as manifested in the direction of their meridians; its rule and its exceptions; by Dr. Knapp.

Statistics of the direction of the principal meridians in binocular astigmatism; by Dr. Harlan.

In Uebereinstimmung mit Snellen's Befund konnte K. an über 1000 Privatkranken mit Astigmatismus darthun, dass eine grosse Regelmässigkeit in der Achsenrichtung beider Augen vorhanden ist. Einfacher myopischer und einfacher hyperopischer Astigmatismus waren am häufigsten, dann aber auch noch sehr häufig zusammengesetzter hyperopischer und zusammengesetzter myopischer Astigmatismus (305 und 259, 224 und 175). Bei 84% der Kranken war die Achsenrichtung beider Augen überhaupt symmetrisch; bei 60% war die senkrechte Achsenrichtung vorherrschend; bei 11% die horizontale, bei 4.3% die diagonale, darunter wieder besonders die Richtung von 10°. K. schlägt eine neue Nomenclatur vor.

Auch H. hat 1200 Kranke genau untersucht und fand Symmetrie der Achsen bei 70.14%, Asymmetrie bei 29.86%.

The general form of the human cornea and its relations to the refraction on the eye and visual acuteness; by Dr. Burnett.

B. fand durch Messungen mit dem Ophthalmometer, dass die Krümmung der Hornhaut von der Sehachse nach der Peripherie immer mehr abnimmt, und zwar rascher auf der nasalen als auf der temporalen Seite. Bei der Wahl des Ortes zur Anlegung einer künstlichen Pupille dürfte dies unter Umständen von Wichtigkeit sein.

Descriptive sketch and drawings of two cases of symmetrically placed opacities of the corneae, occurring in mother and son; by Dr. Oliver.

O. fand bei einer ganz gesunden Mutter und deren Sohn eine geradezu auffallend gleiche Trübung der Hornhaut beider Augen im unteren Abschnitt. Die beigegebenen Abbildungen veranschaulichen deutlich den seltenen Befund.

History of a case of gunpowders injuries; by Dr. Oliver.

O. giebt die Krankengeschichte eines Mannes, auf den in nächster Nähe geschossen worden war. Trotz der schweren Verletzung beider Augen, trotz Eröffnung der Kammer, Verletzung der Regenbogenhaut und Linse durch Pulverkörner wurde das Sehvermögen auf beiden Augen nach Resorption der Linse noch sehr gut.

Removal of a fragment of steel from the vitreous chamber; by Dr. Theobald.

T. entfernte bei einem 12jähr. Knaben mit dem Elektromagneten einen kleinen, im vorderen Glaskörperraum befindlichen Eisensplitter. Es war wiederholte Einführung des Magneten nöthig. Das Sehvermögen blieb sehr gut.

A foreign body in the retina; by Dr. Buller.

B. sah bei einem Arbeiter einen Stahlsplitter in der Nähe der Papille längere Zeit. Es trat Retinitis ein, später Entzündung des Glaskörpers. Dann verschwand der Fremdkörper, während man die Stelle, wo er anfangs gesessen hatte, noch deutlich unterscheiden konnte. Das Sehvermögen blieb ziemlich gut. Wegen der geringen Erscheinungen in den ersten Wochen, auch die Linse hatte sich nicht getrübt, glaubte B. von einer Operation absehen zu können.

Case of traumatic irido-chorioideitis from contusion of the eyeball; by Dr. Stedman.

In diesem Falle handelt es sich um ein Kind von 3 J. mit Glioma retinae, bei dem ein Schlag mit einem Löffel als Ursache angegeben wird.

An die letzten Vorträge schloss sich eine längere Diskussion über Verletzung der Augen durch Fremdkörper und deren Entfernung und über die traumatische Entstehung des Glioms.

Hyaline bodies (Drusen) in the nerve-head; by Dr. de Schweinitz.

Schw. beobachtete bei einem 45jähr. Manne an den grauen, gefässarmen Sehnerven-Papillen mit dem Augenspiegel hellglänzende Stellen, die sich später bei der Sektion auch als wirkliche hyaline Drusen darstellten. Ausserdem ergab der mikroskopische Befund noch Atrophie der Sehnerven und Verdickung der Gefässe in denselben. Der Abhandlung sind 2 Tafeln beigegeben. Schw. betont ausdrücklich zum Schlusse seiner Auseinandersetzung, dass diese Drusen im Sehnerven sich ganz wesentlich von denen der Lamina vitrea der Chorioidea unterscheiden.

1) *The ful correction of myopia;* by Dr. Jackson.

2) *Constant correction of high myopia;* by Dr. Harlan.

J. u. H. sind entschieden dafür, dass den Kurzsichtigen mit wenigen Ansnahmen, wie z. B. alten Leuten, das corrigirende Glas verordnet werde sowohl für die Ferne, als für die Nähe. Die starke Convergenz beim Arbeiten in der Nähe ohne Brille ist sicher schädlicher als die Accommodation. Ja, es sei anzunehmen, dass die Thätigkeit dem Accom-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

modationsmuskel und damit dem Auge förderlicher sei als der Nichtgebrauch. Trotz langjähriger Beobachtung ihrer kurzsichtigen Kranken haben J. u. H. nie einen Schaden, eine Verminderung der Sehschärfe gefunden. In der lang ausgedehnten Diskussion fand der Vortrag fast allgemeine Zustimmung.

Some incidental phenomena of the shadow-test; by Dr. Swan M. Burnett.

B. hebt die Vortheile der Skiaskopie hervor, macht aber zugleich auf unerklärliche unregelmässige Störungen in der Schattenfigur aufmerksam, die besonders bei Benutzung des Planspiegels und schwacher Beleuchtung auftreten. Obwohl dadurch Unregelmässigkeit der Hornhaut, fast wie bei Keratoconus, vorgetäuscht wurde, konnte durch eine genaue Untersuchung die vollständige Regelmässigkeit im Hornhautbau nachgewiesen werden.

In der Diskussion beschäftigte man sich hauptsächlich mit der Angabe genauer Instrumente und mit dem Werth, bez. Unwerth der Pupillenerweiterung bei der Refraktionsbestimmung.

The clinical value of repeated careful correction of manifest refractive error in plastic iritis; by Dr. Oliver.

O. zeigt an einigen Beispielen, dass genaue subjektive und objektive Refraktionsbestimmung bei Iritis dazu dienen kann, die Dosirung des Atropin in der nöthigen Weise festzustellen.

Cases of monocular amblyopia in the same family; by Dr. Kollock.

K. sah bei 2 Brüdern und 2 Schwestern einer Familie Schwachsichtigkeit auf einem Auge. Die Eltern sollen gesunde Augen gehabt haben.

On the frequency of posterior capsular opacities at the place of attachment of the hyaloid artery; by Dr. Mittendorf.

M. sah bei einer grossen Anzahl seiner Kranken von ganz verschiedenem Alter punktförmige Trübungen am hinteren Linsenpol und nach innen davon, deren Vorhandensein er auf die Ansatzstelle der Art. hyaloidea an der hinteren Linsenkapsel zurückführt.

A case of bilateral recurrent inflammation of Tenon's capsule in connection with profound mercurial poisoning; by Dr. Kipp.

Ein Arbeiter, der in einer Lampenfabrik beschäftigt war, bekam wiederholt Zellgewebeentzündung erst auf dem einen, dann auf dem anderen Auge. Durch Jodkaliumbehandlung in der Klinik erfolgte Heilung.

Remarks accompanying the demonstration of corneal nerves; by Dr. Koller.

K. spricht unter Demonstration von gefärbten Nervenpräparaten über verschiedene Färbungsmethoden, besonders über die Ehrlich'sche Injektion von Methylenblau, bei Kaninchen und Katzen.

The subconjunctival application of cocaine in eye operations; by Dr. Koller.

K. empfiehlt subconjunctivale Injektion bei Iridektomie und Extraktion.

The form of retinal images in the astigmatic eye; by Dr. Koller.

K. giebt in längeren Tabellen Berechnungen über das Retinabild bei Astigmatismus ohne und mit vorgesetzten cylindrischen Gläsern.

Extraction of cataract without iridectomy; by Dr. Oren D. Pomeroy.

Eine kleine Statistik von Staaroperationen mit Betonung der Gefährlichkeit eingeheilter Iristheile. [Wird in einem späteren Referate näher besprochen. Ref.]

Some tenotomies of recti muscles for insufficiencies; by Dr. Oren D. Pomeroy.

P. spricht über Heilung der Insufficienz durch Gläsercorrektion und durch Tenotomie an den entsprechenden Muskeln. Als Beispiele für seine Behandlungsweise führt er mehrere Krankengeschichten an.

The prominent symptoms of hyperphoria as illustrated by thirteen successive cases; by Dr. Hansell.

Als Hauptsymptome bei Insufficienz der Augenheber führt H. Mangel an Ausdauer beim Naheарbeiten, Lichtscheu, Schmerzen in den Augen, Kopfschmerz und oft ganz schwere nervöse Reizungen an.

An instrument for syringing out cortical matter in cataract extraction; by Dr. Andrews.

An improved trial frame; by Dr. Buller.

A. giebt ein verbessertes Instrument zur Kammerausspülung nach Staaroperationen an, B. eine verbesserte Probirbrille. Beide Instrumente sind abgebildet.

Lamhofer (Leipzig).

VIII. Hygieine und Staatsarzneikunde.

323. **Die städtische Sanitätsstation zur Untersuchung von Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen beim hygienischen Institute der kais. Universität in Moskau;** von Prof. F. Erismann in Moskau. (Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXV. 3. p. 495. 1893.)

In Russland besteht, abgesehen von einigen Ausnahmefällen, z. B. bezüglich des Thees, in einigen Paragraphen der Aerzteordnung (Bd. XIII des Gesetzcodex) noch *kein* Nahrungsmittelgesetz. Betreffs der Gebrauchsgegenstände ist ausserdem nur durch Gesetz von 1867 der *Verkauf von Tapeten und Geweben,* die durchweg mit arsenhaltigen Farben bedeckt sind, verboten, während Erzeugnisse, die Zeichnungen auf arsenfreiem Grunde, aber mit arsenhaltigen Farben enthalten, im Handel zulässig sind. Das mehr sicherheitspolizeilichen Zwecken dienende *Petroleum-Gesetz von 1886* untersagt den Verkauf von allen Destillationsprodukten der Naphta, aus denen im *Abel-Pensky*'schen Apparate bei einer Temperatur unter 28° C. und einem Barometerstande von 760 mm sich entflammbare Dämpfe entwickeln.

Diese Bestimmungen sind unzureichend. Es entstand daher das Bedürfniss, in den grossen Städten diese Lücken durch örtliche Verordnungen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

anszufüllen. Damit diese den thatsächlichen Verhältnissen und Bedürfnissen entsprächen, wurden in *Moskau* zunächst vorbereitende Nahrungsmitteluntersuchungen in grösserem Umfange vorgenommen. Zu diesem Zwecke ist auf Grund von Verhandlungen zwischen den städtischen Behörden und der Universität im Jahre 1889 das im Titel angeführte, unter der Leitung E.'s stehende Amt 1891 für 3000 Rubel errichtet. Seine von der Stadt zu tragenden Unterhaltskosten (es sollen drei Aerzte und ein Chemiker unter dem Direktor thätig sein) betragen jährlich 6700 Rubel. Gegenwärtig ist das Institut auch dem grossen Publicum zugänglich gemacht, während es im ersten Jahre nur auf behördliche Veranlassung 498 Proben untersuchte. Hiervon entfielen auf:

Tapeten .	137	Proben	Wein . .	20	Proben
Petroleum	100	„	Mehl . .	13	„
Butter . .	64	„	Branntwein	11	„
Milch . .	48	„	Wasser .	10	„
Thee . .	31	„	Liköre .	5	„
Brotwaaren	28	„	Conditorwaaren	4	„
Bier . .	26	„	Farben .	1	„

Der Untersuchungsgang und das (übrigens von den anderwärts gefundenen Verfälschungen wenig abweichende) Ergebniss der Untersuchungen sind in der Arbeit niedergelegt. Bemerkt sei, dass die Untersuchung der Fleischwaaren im Centralschlachthause erfolgt und dass bald nach Eröffnung der Moskauer Anstalt auch ein städtisches analytisches Laboratorium in *Petersburg* für gleiche Zwecke errichtet wurde. R. Wehmer (Berlin).

324. **Hygienische Studien über Mehl und Brot, mit besonderer Berücksichtigung der gegenwärtig in Deutschland üblichen Brotkost** (Theil I: *Zermahlungsgrad.* Theil II: *Unkrautgehalt.* Theil III: *Qualitative und quantitative Untersuchungen über den Säuregehalt des Brotes*); von K. B. Lehmann. (Arch. f. Hyg. XIX. 1. p. 71; 4. p. 363. 1893.)

L. hat mit Hülfe seiner Freunde und Schüler eine grosse Anzahl von Mehl- und Brotsorten aus den verschiedensten Gegenden Deutschlands untersucht. Aus den bisher veröffentlichten Ausnützungsversuchen an Menschen geht unzweifelhaft hervor, dass eine feine Zerkleinerung des Getreides eine vollständigere Ausnützung zur Folge hat (I). Rubner hält die Zermahlung erst dann für genügend, wenn alle Fragmente durch Maschen von 0.2 mm Seitenlänge hindurchgehen können. Die von L. untersuchten Mehle aus Kunstmühlen genügten dieser Forderung grösstentheils. Einige zeigten 10—12, eins sogar 20% gröbere Bestandtheile, die aber nicht über 0.5 mm Durchmesser hinausgingen. Die Produkte der Landmühlen waren meist etwas reicher an gröberen Bestandtheilen. Indessen erscheint es fraglich, ob ein solcher Gehalt von 5—20% (über 0.2, unter 0.5 mm) die Ausnützung schon ungünstig beeinflusst. Viel ungünstiger sind die Ergebnisse der Untersuchungen der Roggenschrotmehle, unter denen sich besonders die aus der Rheinprovinz (Grevenbroich) stammenden ungünstig auszeichnen. In ihnen sind 7—21% Fragmente von unter 0.2 mm Durchmesser, dagegen sogar Stücke von 2—4 mm (10—23.8%). Es finden sich sogar nicht selten ganze unzermahlene Körner in grösserer Anzahl. Dass diese der Ausnützung völlig entzogen werden, ist ohne Weiteres klar.

Zur Ermittelung des Gehaltes an Schmutz und Unkraut wurden Getreide, Schrotmehl und Schrotbrot untersucht (II). Von den Ergebnissen sind die durch Brotuntersuchung gewonnenen am interessantesten, weil es sich hier um ein fertiges, nicht weiter zu reinigendes Nahrungsmittel handelt. Während das aus den Städten stammende Schrotbrot annähernd oder vollständig unkrautfrei war, fanden sich unter den aus norddeutschen Landdistrikten stammenden Broten einige mit so hohem Unkrautgehalt, dass sie entschieden geeignet waren, die menschliche Gesundheit zu schädigen. Die beiden bekanntesten giftigen Unkräuter, *Kornrade* und *Mutterkorn,* fanden sich darin in solchen Mengen, dass sie eine Vergiftung bewirken konnten. Allerdings scheint die Kornradenvergiftung seltener zu sein, als auf Grund der Versuche mit Radenmehl von Lehmann und Mori, Kruskal und Pusch anzunehmen war. L. giebt dafür die Erklärung, dass eine starke Säuerung des Teiges eine vollständige Entgiftung der Raden bewirkt. Da aber auch Mehl zu Brei und anderen Speisen verarbeitet gegessen wird, bei deren Zubereitung das Gift vielleicht nicht zerstört wird, so hält L. Mehl mit über 0.5% Kornraden für ungeeignet für den menschlichen Genuss. Der Mutterkorngehalt in 6 niederrheinischen Schrotbroten betrug 0.086—0.926%. Mindestens zwei von diesen Broten konnten unter ungünstigen Verhältnissen eine Mutterkornvergiftung herbeiführen. Die Giftigkeit wird auch beim Mutterkorn durch das Verbacken und Erhitzen gemindert.

Nach diesen Beobachtungen hält L. eine staatliche Beaufsichtigung des Brotes in den Schrotbrot consumirenden Landdistrikten für durchaus wünschenswerth, vor Allem aber wäre durch Belehrung auf die Abscheidung der Unkräuter hinzuweisen.

Nach einer die einschlägige Literatur behandelnden Einleitung schildert L. (III) die angewandten Methoden. Die Säuregrade des Brotes wurden danach berechnet, wie viel Cubikcentimeter Normalnatronlauge zur Titrirung von 100 g frischer Krume unter Anwendung von Phenolphtalëin als Indikator nöthig sind. Die Acidität setzt sich in den verschiedensten Brotsorten in der Regel etwa zu gleichen Theilen aus freien ätherlöslichen Säuren und sauren Phosphaten zusammen; in seltenen Fällen können die freien Säuren auf $^1/_3$ der Gesammtacidität sinken und auf $^2/_3$ steigen. Die ätherlöslichen Säuren sind Essigsäure und Milchsäure in reichlicher Menge. Daneben finden sich ge-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

ringe Mengen einer höheren Fettsäure, auch Spuren von Ameisensäure. Aus den Ergebnissen der sehr zahlreichen Brotanalysen lassen sich vorläufig folgende Schlussfolgerungen ziehen.

Die Acidität betrug in Procenten der untersuchten Probe:

Acidität	Schrotbrote	Schwarz- u. Graubrote	Weissbrote u. Semmel
1— 2	—	1.0	26.0
2— 4	5.5	9.0	48.0
4— 7	13.0	24.0	26.0
7—10	5.5	32.5	—
10—15	46.0	26.0	—
über 15	30.0	7.5	—

Man kann also aus jeder Art Mehl annähernd säurefreie Gebäcke bereiten. Alle mit reiner Hefe bereiteten Brote haben einen niederen Säuregehalt, weil die Lockerung so rasch vor sich geht, dass die spärlich vorhandenen Säurebakterien nicht Zeit haben, wesentlich Säure zu bilden. Alle mit Sauerteig bereiteten Brote sind sauer. Dabei sind noch die Gährungsdauer und die Temperatur von bedeutendem Einfluss. Die Hauptursache des hohen Säuregehaltes der ländlichen Schrot- und Schwarzbrote ist eine zu lang dauernde Gährung unter Anwendung von Sauerteig. Heffter (Leipzig).

325. **Ueber die Veränderungen, welche frisches Fleisch und Pökelfleisch beim Kochen und Dünsten erleiden**; von Dr. Fr. Nothwang. (Arch. f. Hyg. XVIII. 1. p. 80. 1893.)

Hundert Theile frischen Fleisches wogen nach 1 Stunde Kochen noch 68.9, nach 2 Stunden 54.6, nach entsprechend langem Dünsten 68.2, bez. 48.2. Pökelfleisch verlor beim Kochen ca. 30%, beim Dünsten ca. 36%, die Differenz gegenüber dem frischen Fleisch kann nicht auffallen, da ja schon durch den Pökelprocess Wasser verloren gegangen ist. Der Verlust an Eiweiss war bei beiden Fleischsorten nur gering, dagegen gingen bei frischem Fleisch zwischen 50 und 60% an Extrakt und 35% der Gesammtphosphorsäure verloren, bei Pökelfleisch etwa 20%. Der Gesammtverlust des letzteren durch Pökeln und Kochen, bez. Dünsten beträgt an Extrakt ca. 66%, an Phosphorsäure 40—45%, übersteigt also noch den des frischen Fleisches. Beim Dünsten, noch mehr beim Kochen, wird der grösste Theil des Kochsalzes aus dem Pökelfleisch ausgestossen.

Woltemas (Diepholz).

326. **Ueber Kaviar, seine Bereitung, Beurtheilung und seine Verfälschungen**; von W. Niebel, Kreisthierarzt in Berlin. (Ztschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene Nov. 1893.)

Der eine Lücke der meisten einschläglichen Lehrbücher ausfüllende Aufsatz beschäftigt sich zunächst mit den verschiedenen Formen des Kaviars, d. h. des in Russland eingesalzenen Laiches oder Rogens, des Hausen, Stör, Scherg und Sterlet. Man unterscheidet den allgemein bekannten *„flüssigen“*, körnigen Kaviar und den von der Lake durch Auspressen befreiten Press- oder *Servietten*-Kaviar.

Geringere Sorten als der russische sind der kleinkörnigere *amerikanische* und der Elbkaviar. Hierauf werden Farbe, Consistenz, Geruch, Geschmack und fremdartige Bestandtheile, sowie die vom Nahrungsmittelchemiker zu stellenden Anforderungen unter Beibringung einer Ziffertabelle über 22 Untersuchungsergebnisse besprochen. Der Kaviar kann *verdorben* sein entweder durch widerwärtige Unreinigkeiten, wie Sand, Haare oder durch ranzig-schimmelige oder gallig-bittere Beschaffenheit. *Verfälscht* wird er besonders durch Bouillon, Weissbier, Oel, Sago.

Saurer Geschmack setzt den Werth der Waare herab; ist aber in geringerem Grade zulässig. Kaviar mit mehr als 4—4.5% freier Fettsäuren will N. nicht mehr als minderwerthig, sondern als verdorben angesehen wissen. Der besonders bei geringeren Sorten hohe *Kochsalzgehalt* bewegt sich zwischen 6.15—11.40%. Im Weiteren werden die Methoden der Untersuchung besprochen, wie sie N. unter Beihülfe von Prof. Salkowski in Berlin in dessen Laboratorium feststellte.

R. Wehmer (Berlin).

327. **Ueber die Bedeutung des Asparagins für die Ernährung der Herbivoren**; von H. Weiske. (Ztschr. f. Biol. XXX. 2. p. 254. 1893.)

Das Asparagin vermag unter geeigneten Umständen eiweisssparend zu wirken. Dass eine Asparaginbeigabe die Ausnutzung der Stärke im Verdauungsapparate günstig beeinflusst, wie frühere Beobachter gefunden haben wollten, lässt sich nach vorliegenden Versuchen nur als höchst wahrscheinlich hinstellen. Heffter (Leipzig).

328. **a) Le mécanisme de la mort dans la pendaison.** *Etude historique et expérimentale. Thèse pour le Doctorat en Méd.*; par Paul Baron. (Paris 1893. Henri Jouve.)

b) De la pendaison. *Etude des lésions du cou, leur valeur diagnostique. Thèse pour le Doctorat en Méd.*; par Joseph Thomas. (Paris 1893. G. Steinheil.)

Beiden Doktorarbeiten, die einander in gewisser Beziehung ergänzen, liegen Untersuchungen im Pariser Laboratorium für gerichtliche Medicin zu Grunde.

a) Baron hat unter Leitung von Prof. Delassus 21 Aufhängungen lebender Hunde vorgenommen. Die näheren Versuchsergebnisse sind in der Arbeit ausführlich niedergelegt. Vorangeschickt ist ihnen eine bis zu Aristoteles, bez. bis zu Benedicti, Columbus, Ambroise Paré u. A. zurückreichende geschichtliche Einleitung.

Auf Grund seiner Untersuchungen gelangt Baron zu folgenden Schlüssen: 1) Je dünner und

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

fester das zum Erhängen benutzte Band ist, desto rascher tritt Asphyxie ein. 2) Der Verschluss der Luftwege allein [*nicht* derjenige der Blutgefässe. Ref.] ist die Ursache des Erhängungstodes beim Hunde. 3) Die Gewichtsverminderung bei Erhängten (die von anderer Seite früher beobachtet war) beruht auf der Menge der ausgeschiedenen Stoffe (Harn, Stuhl u. s. w.). 4) Die Compression der N. vagi scheint keinen Einfluss auf den congestiven oder anämischen Zustand der Lungen zu haben.

b) Thomas hat unter Dr. Decoust's Leitung 13 erhängte Personen untersucht. Das Ergebniss seiner Funde ist näher angegeben. Hieraus glaubt er sich zu folgenden Schlusssätzen berechtigt: 1) Alle an den Leichen Erhängter in der Kopf-, Brust- und Bauchhöhle beobachteten Erscheinungen (mit Ausnahme der Halsbefunde) kommen auch bei anderen Arten des Erstickungstodes (mort par asphyxie) vor. Sie sind also nicht charakteristische Eigenthümlichkeiten des Erhängungstodes. 2) Alle Halsverletzungen, besonders die Strangrinne, können (mit Ausnahme der Blutextravasate) experimentell auch nach dem Tode mit denselben Erscheinungen wie im Leben hervorgerufen werden. 3) Blutaustritte in den oberflächlichen, wie tiefen Schichten des Halses, mit und ohne Verletzung der Gefässe, Muskeln oder des Skelets, können nur während des Lebens entstehen. 4) Jedesmal, wenn man eine Strangrinne um den Hals herum constatirt und man gleichzeitig Verletzungen der Muskeln, der Gefässe, des Skelettes mit Blutaustritten findet, darf man bestimmt sagen (affirmer), dass der Tod durch Zusammenschnürung während des Lebens entstanden ist. 5) Die Diagnose des Erhängungstodes beruht also vollständig auf dem Vorhandensein von Verletzungen des Halses. Die Schwierigkeit kann vermehrt werden durch Anwendung eines breiten Erhängungsbandes im Gegensatze zu einem dünnen, da jenes viel schwerer die Verletzungen der Erhängung hervorruft. R. Wehmer (Berlin).

329. **Zur Frage nach der Ursache des Todes beim Erhängen**; von Dr. A. Ignatowsky in Kiew. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. VI. 2. p. 251. 1893.)

v. Hofmann hatte das rasche Eintreten der Bewusstlosigkeit und des Todes beim Erhängen durch die Compression der Halsgefässe und durch Druck auf den Vagus erklärt, doch ist dem von Maschka u. A. widersprochen worden. J. machte Versuche an trepanirten Hunden und beobachtete, dass bald nach dem Aufhängen verstärkte Exspiration und danach intensive Hyperämie der weichen Hirnhaut und Hervordrängen des Gehirns aus der Trepanationsöffnung eintritt, erst nach fast völligem Aufhören des Herzschlages schwinden beide Erscheinungen. Diese Steigerung des endocraniellen Druckes führt zu einer Cirkulationstockung und erklärt die Bewusstlosigkeit. Die Exspiration wird reflektorisch durch den Reiz der Strangulationschlinge und durch ihren Druck auf die NN. laryngei hervorgerufen.

Für das seltene Einreissen der Intima der Carotis nimmt J. keine Druckwirkung der Schlinge an, sondern führt es nur auf die Zerrung der Carotis zurück. Woltemas (Diepholz).

330. **Nouveaux faits de rappel à la vie par les tractions rythmées de la langue**; par Laborde. (Bull. de l'Acad. de Méd. XXX. 38. p. 330. 1893.)

Ueber das von L. empfohlene rhythmische Ziehen an der Zunge als Wiederbelebungsmittel bei allen Arten der Asphyxie haben wir bereits berichtet (Jahrbb. CCXXXIX. p. 263). L. theilt neue Beispiele seiner erfolgreichen Anwendung mit. In einem Falle von Gas-Asphyxie mit 36stündigem Koma musste es $1^1/_2$ Stunden lang fortgesetzt werden, obgleich schon beim zweiten Zug eine Inspiration erfolgt war. Das Verfahren erwies sich stets allen anderen Mitteln überlegen und wird auch als Linderungsmittel bei Asthma empfohlen.

Woltemas (Diepholz).

331. **Ein interessanter Fall von Phosphorvergiftung**; von C. Seydel in Königsberg. (Vierteljschr. f. ger. Med. VI. 2. p. 280. 1893.)

Die kräftige hochschwangere Person hatte wahrscheinlich 100 Streichhölzer verwandt. Bis zum Tode vergingen fast 6 Tage, in den ersten 3 Tagen hatte die Kr. noch gearbeitet. Sehr ausgedehnt waren die Blutaustretungen und sie erfolgten auf jede mechanische Einwirkung (Stoss gegen das Knie, Credé'sche Placentaexpression) hin. Die hohe Pulsfrequenz bei normaler Temperatur erklärt S. theils durch die Veränderung des Endokards und des Herzfleisches, theils durch die Blutinfiltration um beide Vagi. In den todtgeborenen Früchten war die Leber sehr stark verfettet, die Aufnahme des Phosphors in den fötalen Kreislauf wird wohl durch Gefässzerreissung in der Placenta begünstigt. S. spricht sich mit Recht für ein Verbot der auch für die Arbeiter so gefährlichen Herstellung von Phosphorzündhölzchen aus.

Woltemas (Diepholz).

332. **Verletzungen aus „Zufall" oder „Nothwehr" und ihre gerichtsärztliche Begutachtung**; von Dr. Max Richter. (Prager med. Wchnschr. XVIII. 39. 1893.)

Die Entscheidung darüber, ob eine Verletzung durch Zufall oder aus Absicht zugefügt ist, ist selten Sache einer rein gerichtsärztlichen Beurtheilung, doch kann diese sehr werthvolle Anhaltepunkte dafür liefern. R. theilt folgenden Fall mit:

Bei einer Schlägerei war der Verletzte durch einen Messerstich in das Herz getödtet worden. Der Thäter behauptete, er habe das Messer mit der linken Hand aus der Tasche gezogen und mit dem linken Daumen die Klinge aufgeklappt, wobei ihm dieser zwischen Heft und Klinge gerieth. Im selben Augenblick seien Beide zu Boden gestürzt und dabei sei das Messer dem Getödteten in die Brust gedrungen. In der That war das Nagelglied des linken Daumens geschwollen. Der Nagel blutunter-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

laufen mit einem quer verlaufenden Ritz. Die Angabe des Thäters wurde daher durch diesen Befund unterstützt, und auch der Verlauf des Wundkanals (nach oben und links) widersprach ihr nicht.
Woltemas (Diepholz).

333. **Die gerichtsärztliche Bedeutung von Rachenverletzungen in Leichen Neugeborener**; von Dr. Haberda. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 45—47. 1893.)

Bei 18 Sektionen Neugeborener fanden sich offenbar durch stumpfe Gewalt entstandene Schleimhautverletzungen, meist in der Längsrichtung von den Gaumenbögen auf die Seitenwand des Pharynx übergreifend, oft auch analoge von unregelmässig rundlicher Form an der Hinterwand des Rachens. Letztere entstehen durch Einstossen *eines* Fingers, erstere durch Dehnung des Isthmus faucium beim Einführen von 2 Fingern. Die Tiefe ist sehr verschieden, bei besonders roher Gewalt kann es zu kanalförmiger Durchbohrung der Halsweichtheile kommen. Stets waren die Risse deutlich suffundirt, also vital entstanden. Oft finden sich daneben noch andere Verletzungen, besonders Schädelzertrümmerungen.

Man kann bei solchem Befund meist gewaltsame Erstickung annehmen, muss aber bei durch Rattenfrass verstümmelten u. s. w. Leichen auch an die Möglichkeit postmortaler Entstehung denken, wenn wegen der Fäulniss der Nachweis der vitalen Reaktion nicht mehr möglich ist. Auch können ungeschickte Versuche, Fruchtschleim, Kanalinhalt u. s. w. aus dem Munde zu entfernen, zu ähnlichen Verletzungen führen, eventuell auch kunstwidrige Ausführung des Veit'schen Handgriffes. Durch Selbsthülfe der Gebärenden können allenfalls Verletzungen der Mundhöhle entstehen, kaum aber tiefe Gaumen- und Rachenverletzungen.
Woltemas (Diepholz).

334. **Simulation von Geistesstörung**; von Dr. Krömer. (Vjhrschr. f. ger. Med. VI. 2. p. 286. 1893.)

Eine 42jähr. Mörderin stellte sich im Untersuchungsgefängniss plötzlich verworren und wurde zur Beobachtung nach der Irrenanstalt Neustadt in Westpreussen gebracht. Hier zeigte sie neben ängstlicher Stimmung eine überaus grosse Gedächtnissschwäche und Verwirrung, wusste nicht, wie alt sie war, konnte nicht 1 + 1 addiren, nicht mehr schreiben, behauptete, die Kinder würden von hinten geboren (sie war Hebamme) u. s. w. Zu anderen Zeiten gab sie ganz vernünftige Antworten, schimpfte und räsonnirte und erzählte den Wärterinnen, dass sie sich nur verrückt stelle. Zum Bilde der Melancholie fehlten alle körperlichen Erscheinungen und der allmähliche Beginn; auch Blödsinn oder Paranoia mit so schweren Gedächtnissdefekten bei ganz verständiger Handlungsweise konnte nicht angenommen werden. Nach Entlassung aus der Anstalt erklärte die Angeklagte, sie habe nur simulirt und benahm sich vor dem Schwurgericht lebhaft und schlagfertig. Woltemas (Diepholz).

335. **De l'emploi du thermomètre dans la constatation de la mort réelle**; par Bourneville. (Progrès méd. XVIII. 43. 1893.)

B. weist auf den schon früher von Bouchut empfohlenen Gebrauch des Thermometers zur Feststellung des Todes hin; die Temperatur wird im Rectum gemessen, was überall auf dem Lande auch von Nichtärzten besorgt werden könne. Er theilt 32 Beobachtungen mit: 12—14 Stunden nach dem Tode war die Temperatur im Rectum unter die Lufttemperatur (17—26°) gesunken und betrug nach durchschnittlich 18—20 Stunden 8—12°.
Woltemas (Diepholz).

IX. Medicin im Allgemeinen.

336. **Ueber Selbstmord und unglückliche Zufälle in psychiatrischen Anstalten**; von S. Beljakoff, Direktor d. Irrenanstalt zu Nowoznamenskaja bei St. Petersburg. (St. Petersburg 1893.) Russisch.

B. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die freie Bevölkerung ergänzt jährlich den Sterblichkeitscoefficient durch eine Zahl von Selbstmordfällen, die je nach der Nationalität zwischen 20—400 pro Million Einwohner schwankt; 33% aller Selbstmorde werden unter dem Einflusse psychischer Erkrankungen begangen. 2) Unter den gefangenen Verbrechern kommt der Selbstmord ebenso häufig vor, wie unter der freien Bevölkerung, wobei gleichfalls nicht weniger als $^1/_3$ der Gefängnisselbstmorde auf geisteskranke Verbrecher kommt. 3) *Die psychiatrischen Anstalten bewahren vor gewaltsamem Tode nicht weniger als 95% aller zum Selbstmord geneigten Geisteskranken.* 4) Keine einzige Irrenanstalt, einerlei, ob private oder öffentliche, wie musterhaft sie auch eingerichtet sein mag, kann völlig vor unglücklichen Zufällen und vor Selbstmord besonders bewahren. 5) Selbst die sorgfältigste und regelrechteste Ueberwachung ist *bisweilen* ausser Stande, den Selbstmord der Geisteskranken zu verhüten. 6) Das Restraintsystem im Sinne der Zwangsjacke schützt durchaus nicht vor gewaltsamen Todesfällen, bisweilen bietet es sogar den Kranken Hülfsmittel zur Befriedigung ihres Dranges zum Selbstmorde dar. 7) Die Umstände des Selbstmordes sind so überaus verschieden, dass es bisweilen unmöglich ist, allen den vielfältigen, bisweilen völlig unerwarteten und unvorhersehbaren Zufälligkeiten vorzubeugen. 8) Von Geisteskranken begangene Selbstmorde sprechen noch nicht an und für sich gegen das in der betroffenen Irrenanstalt herrschende Regime, ebenso kann auch das Nichtauftreten nicht zu dem Schlusse berechtigen, dass in der Anstalt ein ideales Regime walte. Zur Beurtheilung solcher, höchst verwickelter Fragen müsste jeder einzelne Fall streng untersucht werden. 9) Die meisten Selbstmörder sind Melancholische, Paranoiakranke, Alkoholiker (besonders Deliranten) und Kranke, bei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

denen auf dem allgemeinen Boden psychischer Störung Zwangsvorstellungen dominiren. 10) Die Statistik der Selbstmorde in den Irrenanstalten hat nur dann Werth, wenn sie sich auf langjährige Beobachtungen stützt. 11) Bei Vergleichung der statistischen Daten verschiedener Irrenanstalten muss in's Auge gefasst werden, welcher Bestimmung die Anstalt dient (Fürsorge oder Heilung) und wie hoch der Procentsatz an akuten, mit Neigung zum Selbstmord verbundenen Psychosen ist. 12) Die Mehrzahl der russischen Irrenanstalten giebt nur annähernde und nicht die wirklichen Zahlen von den vorgekommenen Selbstmordfällen, da viele Irrenärzte die gewaltsamen Todesfälle verheimlichen und blos gezwungener Weise in ihrer Statistik die Fälle aufführen, die zur Kenntniss der gerichtlichen Behörden kamen, oder die in die Tagespresse gelangten. 13) Man muss fordern, dass in den Jahresberichten aller Irrenanstalten alle Unglücksfälle und gewaltsamen Todesfälle zu registriren und ausführlich zu beschreiben seien, wobei eine besondere *Rubrik für Selbstmorde* einzuführen ist. 14) Besseres Warte-Personal ist ein pium desiderium für manche Irrenanstalt. Nur solche Personen, die eine gründliche Vorbereitung zur Geisteskrankenpflege genossen haben, dürften dieses Personal bilden. Deshalb sind besondere Schulen einzurichten, die die Anstalten mit gut vorbereitetem Personal versorgen könnten. 15) Der Arzt sollte für einen in der Irrenanstalt vorgefallenen Selbstmord blos nach einem Gutachten einer speciellen gelehrten, aus competenten Psychiatern bestehenden Gesellschaft oder einer höheren medicinischen Instanz zur Verantwortung gezogen werden.

Ernst Rostislaw (Jarosslaw, Mologa).

337. **Ueber den Einfluss der Witterung auf Nerven- und Geisteskranke**; von Dr. Hans Laehr. (Schweizerhof, 2. Bericht. Berlin 1893. G. Reimer. p. 164.)

Bei einer Nachprüfung der Angaben von Krypiakiewicz (Jahrbb. f. Psychiatrie XI. 3. p. 315. 1892) über die Wirkung der atmosphärischen Druckerniedrigung auf die Geisteskranken konnte L. nur in einem Falle (bei einer Frau mit periodischen Erregungzuständen) ein bestimmtes Zusammentreffen der Erregungzustände mit Sinken des Barometers beobachten, aber auch nicht allemal, manchmal vergingen Perioden sinkenden Luftdrucks ohne Erregungzustände, während diese bei steigendem Luftdruck eintraten. Einen Zusammenhang der neurasthenischen Angst mit Luftdruckschwankungen konnte L. in keinem Falle nachweisen (mit Ausschluss der Gewitter), wohl aber trat an den heissesten Tagen grössere Schlaflosigkeit und Erschlaffung ein. Gewitterangst kommt bei Geisteskranken, wenigstens im Vergleich mit Gesunden, verhältnissmässig seltener zur Beobachtung, häufiger bei leichter Erkrankten, besonders bei Neurasthenikern. In einem von L. angeführten Falle litt eine von Jugend an leicht neurasthenische Kr. an starker Angst bei Gewittern, während einer mehrere Monate dauernden Melancholie mit Verschuldungsvorstellungen fehlte diese Gewitterangst und kehrte erst mit der Besserung wieder, bei einer 2. Erkrankung an Melancholie zeigte sich dieselbe Erscheinung.

L. scheint weniger die Abnahme des Luftdrucks, als die Wirkung des heiteren und trüben Himmels, der veränderten Beleuchtung und anderer Witterungsfaktoren, die durch die sinnliche Wahrnehmung auf unsere Stimmung wirken können, in dieser Beziehung in Betracht zu kommen. [Auch die, allerdings erst als vorläufige Mittheilung veröffentlichten Beobachtungen B. Greidenberg's (Wratsch 6. 1893. — vgl. Neurol. Centr.-Bl. XII. 14. p. 500. 1893) scheinen Ref. nicht mit Bestimmtheit für eine Wirkung barometrischer Schwankungen auf Geisteskranke sprechen zu können, weil die Luftdruckschwankung mit Veränderung anderer Faktoren einhergeht, die einflussreich sein können, erwähnt doch Gr. selbst die starken Nordostwinde, die von barometrischen Schwankungen begleitet werden.]

Walter Berger (Leipzig).

338. **Zur älteren Geschichte der klinischen Helminthologie**; von Dr. J. Ch. Huber in Memmingen. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XLV u. XLVI. 1889. Sond.-Abdr.)

Literarisch-historische Zusammenstellungen von helminthologischen Beobachtungen haben namentlich Rudolphi, Davaine, Modeer, Küchenmeister und F. A. Pagenstecher gegeben; diese hat H. seiner Arbeit zu Grunde gelegt und durch zahlreiche weitere Quellenangaben ergänzt. Bemerkenswerth ist, dass die Naturgeschichte der Helminthen seit Hippokrates und Aristoteles bis auf Joannes Actuarius, also in 1600 Jahren, fast gar keinen Fortschritt gemacht und nur die Schilderung der Symptome manche Bereicherung erfahren hat. Die wichtigsten Heilmittel (Punica Granatorum, Santonicum, Filix) werden schon von Dioscorides zu Nero's Zeit erwähnt. Ausser den Ascariden waren den Alten auch die Tänien, Finnen und namentlich auch der Medinawurm bekannt.

Diese bis jetzt vollständigste Zusammenstellung der älteren Autoren mit Angabe der bemerkenswerthesten Beobachtungen und Entdeckungen sei hiermit den Freunden der Schmarotzerkunde empfohlen. H. Meissner (Leipzig).

339. **Beitrag zur Kenntniss der Taenia echinococcus**; von Dr. Arth. Müller. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 13. 1893.)

Obwohl zuerst Klemm in seiner Inaugural-Dissertation („Zur Kenntniss des Echinococcus alveolaris der Leber". München 1883) an den aus

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Echin. multilocularis gezüchteten Tänien Verschiedenheiten von der gewöhnlichen, von Leuckart und Krabbe beschriebenen Form bemerkt hatte, ohne jedoch zur Annahme einer Artverschiedenheit zu gelangen, so ist doch später Dr. Vogler in Schaffhausen entschieden für eine solche eingetreten. Auch M. gelangte durch die Untersuchung der Haken- und Uterusformen des Echin. cysticus und von 5 theils zufällig gefundenen, theils gezüchteten Exemplaren von Taenia echinococcus zu demselben Wahrscheinlichkeitschlusse, dass 2 Formen von Taenia echinococcus bestehen. Die eine von ihnen ist ausgezeichnet durch plumpere Haken und Mangel eines Eierballens im Endgliede älterer Exemplare. Sie besitzt eine weite geographische Verbreitung und tritt in ihrem Jugendzustande nur als Echinococcus cysticus auf. Die zweite Form zeigt schlankere Haken, in den reifen Endgliedern eine kugelförmige Anhäufung der Eier und findet sich nur in Süddeutschland und den nächsten angrenzenden Gebieten verbreitet. Ihre Cysticercusform besitzt diese Art in dem Echinococcus multilocularis, vielleicht auch selten im Echinococcus cysticus.

Neuerdings hat auch Dr. C. Mangold Untersuchungen mit fast demselben Materiale und mit demselben Ergebniss angestellt.

H. Meissner (Leipzig).

340. **Subsidio ao estudo das myiases**; pel Pedro S. de Magelhães. (Rio de Janeiro 1893.)

In dieser Broschüre beschäftigt sich M. neben kritischer Berücksichtigung der einschlägigen medicinischen und zoologischen Literatur mit den eigenen Erfahrungen über die beiden für tropische Gegenden, speciell Brasilien, interessanten, durch Insekten (Dipteren) bedingten, volksthümlich als „Bicheiro“ und „Berne“ bezeichneten Krankheiten, die durch Hope (1840) mit dem Gesammtnamen „Myiases“ belegt wurden (*μυῖα*, Fliege). „Bicheiro“ (bicho, port. Wurm) ist bedingt durch die Fliege Lucilia hominivorax und kommt in Nord- und Centralamerika, in Mexico, Venezuela, Guiana, Brasilien, der orientalischen Republik, Argentinien, Chili vor. An 20 verschiedene Bezeichnungen hat die inficirende Fliege erhalten, und M. behauptet, dass deren Erscheinung und Wirkung wohl zu trennen seien von denen der Calliphora vomitoria (Schmeissfliege, Brummer) und Lucilia Caesar (Goldfliege). Die L. hominivorax legt 50—100 und mehr Eier, mit Vorliebe in die eiternde Nasenhöhle von Leuten, die sich durch Schlaf, Alkohol u. s. w. in bewusstlosem Zustande befinden; sie ist auch schon auf frischer That ertappt worden. Auch der Nasen-Rachenraum und der Gaumen sind bevorzugte Orte. Die sich entwickelnden Larven bewirken erhebliche Schwellung und Entzündung, erysipelartige Zustände, Eiterungen, auch Blutungen, Schling- und Athembeschwerden, heftige Kopfschmerzen und Allgemeinerscheinungen; es kann zu Caries, Meningitis und Septikämie mit tödtlichem Ausgange kommen. Verschiedene Autoren berichten von 50—64% Mortalität. Die Eier werden auch auf andere geschwürige Stellen (der Vagina, des Anus, der Rumpfhaut und der Kopfhaut) abgelegt. Als zutreffende Beschreibungen citirt M. die der Larven von Coquerel, die der Fliege von Bonnet und fügt einige Details hinzu. Irrthümliche Auffassung von besonderen Formen seien unter Anderem dadurch bedingt, dass während die lebende Larve ein lachsfarbenes Aussehen hat, die todte opak weiss aussieht und in Alkohol aufbewahrt ein bräunliches Colorit bekommt. In einem Falle, in dem M. das Entschlüpfen der jungen Fliege aus der Puppenhülle beobachtete, fand er bei Vorhandensein sonstiger charakteristischer Struktur, die vorherrschend braune Farbe, die sich in 2—3 Stunden in die eigenartige metallisch blaue mit rothen Reflexen des erwachsenen Thieres umwandelte. M. verfolgte im Glase die Larven, deren Verpuppung und das Entschlüpfen der Fliege nach 10—15—16 Tagen. Die jungen Thiere starben jedoch bald und es gelang nicht, sie heranwachsen zu sehen, auch die Versuche, die Thierchen zu veranlassen, auf Fleisch und andere organische Substanzen Eier niederzulegen, missglückten wie Anderen, auch M. Von beobachteten Patienten ist keiner direkt der Fliegeninfektion erlegen. Die mechanische Entfernung und das Ausspritzen mit Borsäure-Lösungen waren die angewandten Mittel. Andererseits werden ausser empirischen Heilmitteln Lösungen von Chloroform, Benzin, Terpentin, Tabakinfus, Calomelpulver u. s. w. empfohlen. M. citirt schliesslich eine in der Literatur unbeobachtet gebliebene, speciell für Zoologen interessante Schilderung von Conil, die sich in den Annales des sciences naturelles 1879 und 1880 befindet.

Berne (in der Tuzisprache Ura) wird in Brasilien die durch Insekten von Dasselfliegen (Oestrus, Dermiatobia) bewirkte Affektion genannt. Abgesehen von den Formen, die auf Thieren und gelegentlich auf Menschen ihre Eier ablegen, giebt es besondere, specifische, *nur* auf Menschen lebende Larven. Die krankhafte Affektion wird in Cayenne „Ver-macaqui“, in Costa Rica „Torcel“, in Neu-Granada und Columbien „Gusano pelludo“, „Nuche“, in Mexico „Verme moyocuil“ genannt. Es finden sich nur die Larven vor, deren Züchtung bisher stets misslang, wie auch deren Abstammung unsicher ist. Zwar hat eine Monographie von Brauer manche zoologische Klärung gebracht, und wenngleich auch M. manche Ansichtsverschiedenheit durch eine, je nach dem Grade der Entwickelung verschiedene Gestalt der Larve bedingt erachtet, so scheinen doch mehrere Oestrus-Arten in Betracht zu kommen, sowohl für die verschiedenen Länder, wie vielleicht auch für eine bestimmte Gegend.

Nach eingehenden Untersuchungen von übersandten Larven, hat Blanchard (Paris) in einer für die Annalen der entomologischen Gesellschaft Frankreichs bestimmten Arbeit M. Mittheilung gemacht, dass für die menschliche Affektion besonders in Betracht kämen: Dermatobia noxialis und Dermatobia (auch Cuterebra) cyaniventris, letztere im Speciellen für die brasilianische Berne. Die Larve wird nur an entblössten Körperstellen (Conjunctiva, Lippen, Gesichts-, Kopfhaut, Hüften, Analgegend, Haut des Scrotum, der Beine, des Rückens) gefunden und verursacht daselbst furunkelartige Entzündungen und Substanzdefekte. Mit ihren zahlreichen Haken und Zähnen hält sich die Larve in der Tiefe der Wunde fest, bisweilen ist nur eine Larve, oft sind mehrere vorhanden, von denen sich jedoch jede isolirt vergräbt, so dass das Unterhaut-Zellgewebe Honigwaben-artig gefächert aussieht. Die Beschwerden des Kranken sind geringfügig. Ist die Larve erreichbar, so ist die Extraktion das beste Mittel; im Uebrigen nützen Calomel und Mercurial-Salbe.

Havelburg (Rio de Janeiro).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

B. Originalabhandlungen
und
Uebersichten.

II. Ueber Diabetes mellitus.[1])

Von Dr. A. Heffter in Leipzig.

C. Symptome.

1) Verhalten des Harns.

a) *Vorkommen von Kohlehydraten im normalen Harn.*

G. Sée (60) hat gemeinsam mit Hardy normalen Harn auf Zucker untersucht und glaubt, dass die gewöhnlichen Reaktionen (*Fehling*'sche Lösung, Gährungsprobe, Polarisation, Phenylhydrazin) nicht genügen, um Spuren von Zucker im Harn zu entdecken. Nach dem Baumann'schen Verfahren ist es beiden Forschern gelungen, mittels Benzoylchlorid zwei Kohlehydrate aus dem normalen Harn zu isoliren. Auch durch α-Naphthol und Furfurol gelang es ihnen, im normalen Harn Kohlehydrate nachzuweisen. Moritz (140) will durch die Phenylhydrazinprobe Spuren von Traubenzucker nachgewiesen haben. Yvon und Berlioz (157) halten dagegen diese Reaktion nicht für geeignet zum Nachweis, da sie stets positiv ausfällt, wenn auch kein anderes Reagens das Vorhandensein von Zucker ergiebt.

Gaube (65) hat sogar versucht, den im normalen Harn vorhandenen Zucker quantitativ zu bestimmen.

Das verwendete Reagens besteht aus 1 g Kaliumeisencyanid, 20 g Natronlauge und 2000 g destillirten Wassers. Ein bestimmtes Volum des Harns wird durch Bleizucker und einen Strom Schwefelwasserstoff entfärbt. In einem Kolben von 60 g Inhalt werden 10.0 des Reagens schnell gekocht, wodurch dessen Farbe sich nicht verändern darf, und nun wird durch einen Tropfenzähler der vom Schwefelwasserstoff ganz befreite Harn tropfenweise bis zur Entfärbung des Reagens zugesetzt, wobei bis nahe zum Siedepunkte erhitzt wird. 1 g des frisch bereiteten Reagens wurde entfärbt genau von 0.0015 Zucker.

Demnach enthält ein Harn, von dem 8 Tropfen 10.0 des Reagens entfärben, da 8 Tropfen = 0.4 g sind, 0.0015 : 0.4 = 0.00375 g Zucker oder 3.75 g im Liter. Zum Beweis dafür, dass der nachgewiesene Körper wirklich Zucker ist, lässt Gaube den Harn vergähren und weist im Destillat Alkohol nach. Alle normalen Harne enthalten Traubenzucker. Die normale Zuckerausscheidung durch den Harn beträgt im Mittel im kindlichen Alter 1.0 pro Liter, beim Erwachsenen 0.7, im höheren Alter 0.8 in 24 Stunden.

b) *Untersuchung des diabetischen Harns auf Zucker.*

Wendriner (49) bespricht die wichtigsten Methoden, die zur Bestimmung des Zuckers im Harn empfohlen worden sind, und hebt insbesondere die Schwierigkeiten hervor, die sich bei der Erkennung des Endpunktes der Reaktion, wenn man mit *Fehling'scher Lösung* titrirt, ergeben. Schon von mehreren Autoren wurde beobachtet, dass durch vermehrten Laugezusatz das Kupferoxydul im Harne gar nicht zur Ausscheidung kommt, sondern in Lösung verbleibt, ohne dass diesem Punkte weitere Aufmerksamkeit gewidmet worden wäre. Durch geeigneten Zusatz von Lauge geht die blaue Farbe der *Fehling*'schen Lösung durch Dunkelgrün in Hellgrün über, bei vorsichtigem Zusetzen der letzten Tropfen verschwindet der grüne Ton fast plötzlich und macht einem reinen strahlenden Goldgelb Platz. Auf diese Beobachtung gründet W. seine quantitative Methode. In Bezug auf die Einzelheiten und die experimentelle Begründung des Verfahrens, das nur für den Chemiker Interesse hat, muss auf das umfangreiche Original hingewiesen werden.

Zur qualitativen Vorprobe giebt W. vor allen anderen Methoden der *Nylander'schen Reaktion* den Vorzug, die aber nur nach Abscheidung von Eiweiss oder Mucin ausführbar ist. Sie gestattet eine annähernde Schätzung des Zuckergehaltes. Bei mehr als 0.5% Zucker findet beim beginnenden Kochen vollständige Schwärzung statt. Bei höherem Zuckergehalt zeigen die Blasen der kochenden Flüssigkeit starken Metallglanz. Bei einem Gehalt unter 0.3% tritt die Schwärzung zögernder und weniger intensiv auf, bei 0.1% wird die Flüssigkeit schwarzbraun, ein Gehalt von 0.05% ertheilt ihr das Ansehen von Milchkaffee. Man darf nie weniger als 50 ccm Harn (und 5 ccm Wismuthlösung) nehmen, damit nicht etwa eine Schwärzung durch Anbrennen organischer Substanz an den heissen Glaswänden entsteht. Moritz (140) misst der Nylander'schen Probe nur nach der negativen Seite hin Werth bei. Der Harn ist bekanntlich nach Aufnahme gewisser Arzneistoffe (Rheum, Senna, Antipyrin, Kairin, Terpentin, Tinct. Eucalypti) im Stande, das Nylander'sche Reagens zu reduciren. Nach M.'s Erfahrungen tritt

[1]) Schluss; vgl. Jahrbb. CCXLI. p. 92.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

auch nach Gebrauch von Salol, Salicylsäure und Kampher starke Reaktion ein. Nicht selten haben auch zuckerfreie Harne von Gesunden und Kranken eine positive Reaktion gegeben.

Zur bequemen Ausführung der Zuckerreaktion nach Fehling empfiehlt Boymond (63) Pastillen, die Natriumtartrat und Kupfersulphat in entsprechendem Verhältniss gemengt enthalten und ca. 0.2 g wiegen. Zur Ausführung benutzt man 2 dieser Pastillen und eine solche aus Natronhydrat, die man in 8—10 ccm Wasser löst. Mit der Lösung verfährt man wie gewöhnlich.

Den der Trommer'schen Probe häufig gemachten Vorwurf der Zweideutigkeit und mangelnden Schärfe sucht Jastrowitz (142) zu widerlegen und die bei ihrer Durchführung auftretenden undeutlichen Reduktionserscheinungen für die Schätzung des vorhandenen Zuckers zu verwerthen. Tritt eine Reduktion ohne Ausscheidung von Kupferoxydul ein, so bedeutet eine schon bei mässigem Erhitzen und vor dem Kochen reine hell- oder dunkelgoldgelbe Färbung die Anwesenheit von Zucker. Braun- bis grüngelbe Färbungen rühren von anderen reducirenden Substanzen her. Deutlich werden die Färbungen besonders, wenn man nach Laugezusatz die Phosphate durch Decantiren entfernt. Bei höherem Zuckergehalte (0.3—0.5%) sieht man in solchen Harnen bei vorsichtigem Erwärmen des Reagensröhrchens zwischen dem oberen gelben und dem unteren blauen Theil der Flüssigkeit eine lichte wasserhelle Zone erscheinen, die durch fortschreitende Reduktion verschwindet. Je tiefer das Goldgelb der Flüssigkeit ausfällt, um so höher ist der Gehalt an Zucker und aus dem Verschwinden dieser Gelbfärbung bei zunehmender Verdünnung des Harns kann man auf die Zuckermenge schliessen. Bleibt bei 4facher Verdünnung die Reduktion aus, so ist nicht über 0.15% Zucker vorhanden, bei 10facher Verdünnung 0.3—0.4%, bei 15facher Verdünnung 0.5% Zucker. Bei über 0.8% sieht man nach schwachem Erhitzen in den oberen Schichten einen rothen Farbenton auftreten, während die mittleren das Gelb festhalten und die untersten, nicht erwärmten, blau bleiben. Diese „Tricolore" ist wichtig für den Grenzwerth des Zuckergehaltes nach unten hin. Nur angedeutet ist sie bei 0.60, schwach von 0.80—1.0%, immer deutlicher je mehr der Zuckergehalt 1% übersteigt.

Bei mikroskopischer Untersuchung der aus stärkeren Zuckerharnen erhaltenen rothen Niederschläge zeigen sich darin sehr oft Krystalle von Kupferoxydul (Octaëder, Tetraëder, Würfel und concentrisch geschichtete Kugeln). Diese Krystalle sind für die Anwesenheit von Zucker bezeichnend. Sie werden weder durch Harnsäure und Urate, noch durch Kreatinin, Glykuronsäurepaarlinge u. s. w. im Harn erzeugt.

Verdünnt man einen Zuckerharn von über 1% um das 25—30fache, so entsteht keine Tricolore mehr, sondern sofort, wie in wässriger Zuckerlösung, Ausscheidung von rothem Kupferoxydul („primäres" oder „Frühroth"). Bei noch stärkerer Verdünnung (über das 50fache) wird die Flüssigkeit nicht mehr deutlich wahrnehmbar roth, sondern erst bei längerem Stehen der gekochten Probe setzt sich ein rother Belag am Boden ab („sekundäres" oder „Späthroth"). Letzteres lässt sich nicht für die quantitative Schätzung verwerthen, dagegen kann man aus dem Auftreten des eben noch erkennbaren Frührothes die Zuckermenge annähernd schätzen. Die Verdünnung ist für einen Gehalt an Zucker von 1.5—2% 25fach, für 2% 50fach, 3% 75fach, 4% 100fach, 5% 130—150fach, 6% 150—180fach, 7 und 8% 250—350fach, 9—10% 350—400fach. Es ist hierin also für den praktischen Arzt ein Anhalt für eine ungefähre quantitative Zuckerbestimmung gegeben. In zweifelhaften Fällen, in denen es gilt, sehr kleine Zuckermengen zu entdecken, empfiehlt J. die mikroskopische Durchsuchung der Niederschläge nach Kupferoxydulkrystallen. Walten auch dann noch Zweifel ob, so soll man den Kranken ein reichlich Amylaceen enthaltendes Frühstück nehmen lassen und in dem danach entleerten Harn den Zucker aufsuchen.

Im Anschluss an eine Kritik der älteren Zuckerproben spricht sich Rosenfeld (12. 85) über die *Phenylhydrazinreaktion* sehr günstig aus. Phenylhydrazin bildet, wie Fischer entdeckt hat, mit Traubenzucker gelbe Krystalle von Phenylglykosazon, die mikroskopisch ein sehr charakteristisches Aussehen haben. Die Empfindlichkeit der Probe ist sehr bedeutend, ihre Grenze liegt ungefähr bei 0.033%. R. kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Ergebniss, dass wir im Phenylhydrazin das verlässlichste und schärfste Reagens auf Zucker besitzen, dass es aber nicht genügt, auch mit Phenylhydrazin die Zuckerfreiheit eines Harnes nachgewiesen zu haben, um den Diabetes auszuschliessen, denn auch ein Diabetiker kann zuckerfreie Harne entleeren. Nur nach einem Amylaceen enthaltenden Frühstück (160 g Weissbrod) ist es möglich, die Zuckerkrankheit auszuschliessen und jeden Diabetes mit voller Sicherheit nachzuweisen. Moritz (140) hält dagegen die Phenylhydrazinprobe nicht für geeignet in der Praxis, da fast alle normalen Harne einen Niederschlag geben, der bei mikroskopischer Betrachtung gelbe Krystallnadeln zeigt. Geyer (100) hat nachgewiesen, dass Phenylhydrazin mit Glykuronsäure eine Verbindung bildet, die dem Phenylglykosazon äusserst ähnlich ist, ja von diesem durch einfache Methoden nicht zu unterscheiden ist. Wie Flückiger (Ztschr. f. physiol. Chemie p. 323. 1885) wahrscheinlich gemacht hat, besteht die reducirende Substanz des normalen Harns theilweise aus einer gepaarten Glykuronsäure; es ist daher wahrscheinlich, dass ein solcher Harn mit Phenylhydrazin den charakteristischen Niederschlag geben wird, ohne

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Zucker zu enthalten. G. hat bei einer grösseren Anzahl solcher Harne, die die Phenylhydrazinprobe gaben, nach der Abeles-Ludwig'schen Methode (Centr.-Bl. f. d. med. Wissensch. 1879) nach Zucker geforscht. In 14 Harnen zeigte sich durch Gährung und Polarisation 4mal Zucker, 8 Untersuchungen fielen ganz negativ aus, 2 zweifelhaft. Hierdurch ist also bewiesen, dass die Phenylhydrazinprobe auch in zuckerfreien Harnen positive Resultate geben kann.

Posner u. Epenstein (152) empfehlen die Furfurolreaktion mit *α-Naphthol* und *Schwefelsäure* für die Zwecke der Praxis. Da aber der normale Harn, wie bekannt, die Reaktion bereits giebt, verdünnen P. u. E. den Harn auf das Zwanzigfache und sehen nur solche Harne als zuckerhaltig an, die dann noch die Furfurolreaktion geben. Zur quantitativen Durchführung der Methode muss man den zu untersuchenden Harn so weit verdünnen, bis die Reaktion eben noch eintritt. In diesem Falle enthält die so verdünnte Flüssigkeit 0.02% Zucker, bez. Kohlehydrat und es ist da nur nöthig, die ermittelte Verdünnung mit dieser Zahl zu multipliciren. Den Angaben von Luther, dass die Methode vollkommen exakt sei, wird widersprochen, die Resultate werden aber als den Forderungen der Praxis vollkommen genügend bezeichnet.

Die *Gährungsprobe* hat bisher als die zuverlässigste gegolten und auch Moritz (140) hält sie für den besten und sichersten Zuckernachweis. An Stelle der ad hoc construirten Gährungsröhrchen, schlägt er folgenden einfachen Apparat vor:

Ein Reagensröhrchen wird mit der Mischung von Harn und Hefe bis zum Rande gefüllt und dann durch einen Gummistopfen geschlossen, der in einer Bohrung ein knieförmig gebogenes Glasröhrchen trägt, das sich beim Verstopfen mit verdrängtem Harn füllt. Der Apparat kann umgedreht werden, ohne dass ein Tropfen ausfliesst. Das Röhrchen wird in einem Glase an einem warmen Orte der Gährung überlassen.

Der der Gährungsprobe hauptsächlich nachgesagte Mangel beruht darin, dass Hefe sehr leicht durch Selbstvergährung Kohlensäure erzeugt. Auch können die im Harn absorbirten Gase bei längerem Stehen frei werden und sich in der Kuppel des Gläschens ansammeln, ein Fehler, der sich durch vorheriges längeres Auskochen beseitigen lässt. Solcher Harn weist bei Zimmertemperatur nach 15stündigem Stehen keine Luftblase auf. Die Empfindlichkeit beträgt nach Versuchen von Rosenfeld (12) bis zu 0.05% Zucker. Doch besteht bei einer so kleinen Gährungsblase immerhin eine gewisse Unsicherheit darüber, ob nicht Selbstvergährung im Spiele sei. Es ist bekanntlich vorgeschlagen worden, die Gährungsprobe und die Reduktionsprobe zu combiniren, indem man die die Reduktion bewirkende Substanz zerstört. Ist nach der Vergährung keine Reduktion mehr vorhanden, so ist sie durch Traubenzucker hervorgerufen worden. Wie R. an normalen Harnen fand, bestand bei einem Drittel Reduktion, die nach der Gährung aufgehoben war. Bei 5 Harnen trat erst nach dem Hefezusatz Reduktion auf. Hiernach müsste man also dieser Reaktion sehr skeptisch gegenüberstehen.

Nach Versuchen, die von Hirschfeld auf Guttmann's (106) Veranlassung angestellt wurden, ist die von Einhorn (1888) empfohlene Methode der Zuckerbestimmung im Harne nur für solche Harne anwendbar, die unter 1% Zucker enthalten. Harne mit höherem Zuckergehalt müssen verdünnt werden, wodurch auch der Fehler entsprechend vergrössert wird. H. empfiehlt dagegen eine vereinfachte Roberts'sche Methode, indem er das spec. Gewicht des Harns vor und nach der Vergährung nicht mittels Pyknometer, sondern mittels eines zuverlässigen, controlirten Araeometers bestimmt. Hierdurch ist die Ausführung der Methode auch für den praktischen Arzt möglich. Man bringt den Harn in ein Standgefäss von 100—120 ccm Inhalt, bestimmt das spec. Gewicht bei 15°, setzt 5—10 g frischer Presshefe zu, schüttelt gut durch und ermittelt nach 24 Stunden das spec. Gewicht möglichst bei derselben Temperatur. Da nach Worm-Müller ein Gewichtsverlust von 4.3 der Flüssigkeit einem Procent Traubenzucker entspricht, so erhält man leicht den Procentgehalt des Harns indem man den Gewichtsverlust durch 4.3 dividirt. Die Resultate sind für die Praxis genügend.

Auch Manges (163) findet bei Abwägung der Vortheile der Einhorn'schen und der Roberts'schen Methode das Uebergewicht zu Gunsten der letzteren, die einfach, ohne besonderen Apparat und Verdünnung auszuführen ist und bei der die Selbstvergährung der Hefe das Resultat nur unbedeutend beeinflusst. Bei der Roberts'schen Methode spielen Temperatur und Luftdruck keine so wichtige Rolle wie dort.

Einhorn (155) hat, durch Guttmann's Einwürfe angeregt, neue Versuche mit dem Saccharometer angestellt und seine Ergebnisse mit denen der Roberts'schen Methode verglichen. Bei der letzteren ist der Nachweis des Zuckers bei weniger als 1% unsicher, bei über 1% leichter und die Resultate weichen nicht viel ab von denen des Saccharometers. Weitere Versuche zeigten, dass man bei 1% Zucker und darüber bereits nach Ablauf der ersten halben Stunde den Zucker positiv nachweisen kann; bei ganz kleinen Mengen bis 0.1% ist man im Stande, 1 Stunde nach Anstellung der Probe den Zucker zu erkennen. Hier ist es aber unerlässlich, eine Controlprobe mit normalem Harn anzustellen. Bereits bei $^1/_{10}$% Zucker macht sich stets 1 Stunde nach Anstellung der Probe ein Unterschied bemerkbar zwischen der Grösse der Schaumbläschen im zuckerhaltigen und im normalen Harn, wie aus den der Abhandlung beigegebenen Zeichnungen hervorgeht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Auf der Roberts'schen Methode begründet ist das von Schütz (183) erfundene Araeosaccharimeter. Der Apparat besteht aus einem cylindrischen Glasgefäss, das bis zu einer Marke mit dem diabetischen Harne angefüllt (es fasst über 100 ccm), in einen Cylinder mit destillirtem Wasser eingetaucht wird, wobei man an dem dünnen Halse das spec. Gewicht ablesen kann. Dann wird Hefe in den Harn gebracht und so viel Emailleschrot zugesetzt, bis das Saccharimeter zur obersten Marke 0% einsinkt. Nach 24—36 Stunden ist die Gährung beendet und das durch den Weggang der Kohlensäure leichter gewordene Aracometer steigt aus der Flüssigkeit heraus; an einer empirisch bestimmten Theilung können die Zuckerprocente abgelesen werden. Harne von sehr hohem specifischem Gewicht werden lediglich mit Hefe tarirt oder mit gleichen Theilen Wasser verdünnt.

c) *Glykogen im diabetischen Harn.*

Leube (14. 42) hat im Harn zweier Diabetiker mit Sicherheit geringe Mengen von Glykogen nachgewiesen, während der Harn von normalen Menschen, ebenso wie der eines an Diabetes insipidus leidenden Kranken kein solches Kohlehydrat enthielt. Zur Erklärung dieser auf den ersten Blick überraschenden Thatsache führt L. an, dass das in den Epithelien der Henle'schen Schleifen gebildete und abgelagerte Glykogen auch wieder ausgespült werden und so im Harn des Diabeteskranken erscheinen kann. Natürlich werden die Glykogenmengen im Harn nur sehr gering und im einzelnen Fall wechselnd sein.

d) *Eigenthümlicher Farbstoff im diabetischen Harn.*

Der Harn einer Kr., die gleichzeitig an Lungenphthise litt und daran zu Grunde ging, färbte sich, wie Fichtner (62) mittheilt, beim Stehenlassen an der Luft, besonders aber am Lichte ganz rosig. Die Intensität der Färbung war sehr wechselnd. In verschlossener Flasche im Dunkeln aufbewahrt, zeigte der Harn diese Erscheinung nur langsam und andeutungsweise. Durchleiten von Luft bewirkte schnelles Eintreten der Röthung, während Kohlensäure die Farbenbildung hemmte. Bleizucker fällte den Farbstoff, aus dem Niederschlage konnte durch schwefelsaures Wasser oder schwefelsauren Alkohol eine prächtig blutrothe Lösung gewonnen werden, aus der nach langem Stehen sich rothe krystallinische Massen in sehr geringer Menge abschieden. Im Spektroskop zeigte die Lösung 2 Streifen $\lambda = 555—540\,\mu$ und $\lambda' = 515—485\,\mu$.

e) *Wasser- und Zuckerausscheidung bei Diabetes.*

Pick (67) hat an einer diabetischen Kranken das zeitliche Verhalten der Flüssigkeitsausscheidung studirt und mit den an Gesunden gewonnenen Resultaten verglichen. Abgesehen von der ersten Stunde nach der Flüssigkeitsaufnahme, wo die Diabetische mehr als die Gesunden ausschied, ist der Verlauf der Harncurven bei beiden ganz ähnlich. Nur insofern ist ein Unterschied vorhanden, als die stündlichen Mengen bei der Diabetischen nie die Höhe wie bei den Gesunden erreichen und die Maxima immer weit kleiner sind, als bei den Gesunden. Andererseits sind dafür auch die Differenzen zwischen den Maximis und den einzelnen stündlichen Proben immer kleiner. In den Stunden, in denen der Gesunde die grösste Harnausscheidung zeigt, bleibt die Diabetische zurück, um dann, während der Gesunde nur noch minimale Quantitäten ausscheidet, noch recht ansehnliche Portionen zu liefern. Es zeigt sich also bei der Diabetischen eine weit grössere Gleichmässigkeit in der Harnausscheidung, indem diese mehr über die ganze Versuchszeit vertheilt ist, als beim Gesunden.

Posner (175) untersuchte bei einem Diabetischen einige Tage lang jede einzelne Harnportion quantitativ auf Zucker und berechnete daraus den stündlichen Durchschnitt der Zuckerausscheidung. Das Charakteristische der so erhaltenen Tagescurve war, dass sie zwei Gipfel aufwies, deren einer Morgens nach dem Frühstück, der andere, meist höhere in den Abendstunden lag. Dem ersten Gipfel folgte ein mehr oder weniger tiefer Abfall, dann ein neues staffelförmiges Steigen und nach Erreichung des Maximum ein allmähliches Sinken während der Nacht, bis in den frühen Morgenstunden das Minimum eintrat. Besonders frappant waren die bei gleich bleibender Totalsumme so hohen Verschiedenheiten der stündlichen Zuckerausscheidung. So wurde an einem Tage, an dem das morgendliche Minimum einen stündlichen Durchschnitt von 2 g betrug, eine Vormittagsteigerung auf 22 g, in den Abendstunden gar eine solche auf 26 g beobachtet.

f) *Pilze im diabetischen Harn.*

Im Harn einer Diabetischen fand Smith (114) eigenthümliche spindelförmige Körperchen, die er als Sporen eines Saccharomyces erkannte. 4 Phasen werden bei der Morphologie dieses Pilzes unterschieden: 1. Torulaphase. Dicker Niederschlag auf dem Boden des Gefässes, das den Harn enthält. 2. Phase. Es wachsen Hyphen über die Oberfläche des Harns oder der Nährlösung, die zuerst weiss, dann gelblich oder braun sind. Unter bestimmten Licht- und Culturbedingungen sind sie pechschwarz. 3. Phase. Bringt man den Bodensatz während mehrerer Wochen mit Wasser zusammen, so entstehen keulenförmige und kugelige Zellen, aus denen kleinere runde Zellen ohne Kerne heraustreten. Die 4. Form (Aspergillusform) wird auf angefeuchtetem Brod gezüchtet, wo sie einen dunkelgraugrünen oder weisslichen Fleck bildet, ein sehr charakteristisches Bild. Es zeigen sich verzweigte sporentragende Hyphen. Bezüglich der Nährlösungen und Analogien mit anderen Pilzen muss auf das Original verwiesen werden.

2) *Formen des Diabetes.*

Eine neue klinische Form des Diabetes beschreibt Hirschfeld (117. 170), bei welcher im Gegensatz zu anderen Fällen die Resorptionsfähigkeit für Eiweiss und Fett bedeutend herabgesetzt ist, während die Kohlehydrate gut assimilirt werden. Gegen 5—10% in der Norm, blieben bei diesen Diabetikern 30—40% der eingeführten Nahrung unausgenützt, 30—45% des eingeführten Stickstoffs wurden im Kothe wiedergefunden. Das unausgenützt ausgeschiedene Fett schwankte zwischen 29.4—47.2%. Die Kohlehydrate wurden fast vollständig resorbirt und erschienen bis zu 80—90% als Glykose im Harn.

Ausser drei eigenen Beobachtungen hat H. in den Veröffentlichungen von Külz und Frerichs 5 andere Fälle dieser Gattung aufgefunden. Ob die diabetische Resorptionstörung immer beide Nahrungstoffe Fett und Eiweiss betrifft, ist noch nicht sicher entschieden, wenn auch sehr wahrscheinlich. In allen Fällen ist die verminderte

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Ausnützung nur für die Eiweisskörper nachgewiesen.

Für den klinischen *Verlauf* sind folgende Punkte wesentlich: Anamnestisch werden heftige Kolikanfälle im oder vor dem Beginn der Erkrankung angegeben, die sich später nicht wiederholen. Als auffälliges Symptom im Verlauf der Krankheit ist zu bezeichnen, dass Polyurie meist gar nicht oder nur in geringem Maasse vorhanden ist. Der Grund liegt wohl darin, dass der in geringerer Menge ausgeschiedene Harnstoff nicht neben dem Zucker seine diuretische Wirkung entfalten kann. Der Harn erscheint deshalb verhältnissmässig dunkel gefärbt und lässt häufig Sedimente ausfallen. Der Koth ist bisweilen weisslich gefärbt, doch sind makroskopisch sichtbare Fettmassen meist nicht vorhanden. Wenn schon diese Thatsachen, sowie die Beobachtung eines ausserordentlich erhöhten Appetits oder eines bedeutenden Kräfteverfalls bei mässigem Appetit in dem Arzte die Vermuthung der geschilderten Resorptionstörung wachrufen müssen, so kann seine sichere *Diagnose* nur durch die vergleichende Untersuchung des Harns und des eingeführten Nahrungeiweisses gestellt werden. Die *Prognose* ist sehr ungünstig, weil die Ernährung des Körpers unter den angegebenen Verhältnissen sehr erschwert ist. Bei der *Behandlung* hat man daher vor Allem auf eine reichliche Zufuhr von Nahrungsmitteln zu achten, wobei neben den Eiweisskörpern vorzüglich Fette und Alkohol zu empfehlen sind.

3) *Gaswechsel beim Diabetiker.*

Pettenkofer und Voit haben bei einem Diabetiker schwerer Form eine Herabsetzung der O-Aufnahme und CO_2-Abgabe gefunden. Leo (94) hat nach der Zuntz-Geppert'schen Methode den Gaswechsel an ruhig liegenden nüchternen Diabetikern leichten und schwereren Grades geprüft und Werthe gefunden, die sich vollständig in den normalen Grenzen bewegen. Es wird also durch die Ausscheidung unverbrannten Zuckers der Gaswechsel nicht beeinflusst, indem an Stelle des Zuckers eine reichlichere Zersetzung von Körpereiweiss und Fett Platz greift. Auch die Steigerung des Gaswechsels nach Nahrungsaufnahme bewegte sich beim Diabetiker innerhalb der normalen Grenzen. (Livierato [54] fand jedoch bei gewöhnlicher Kost die Menge der ausgeathmeten CO_2 um mehr als die Hälfte vermindert.)

4) *Erkrankungen des Nervensystems bei Diabetes.*

v. Ziemssen (68) glaubt auch auf Grund seiner neuen Beobachtungen bei der Anschauung bleiben zu sollen, dass es sich bei den *Neuralgien* der Diabetiker um neuritische und besonders hervortretende trophische Störungen handelt. Es sind das Fälle, in denen sich zu langjährigen Neuralgien wesentlich an den unteren Extremitäten kleine nekrotische Herde, sehr hartnäckige Geschwüre an den Zehen, den Knöcheln hinzugesellen, die, der lokalen Therapie trotzend, keine Neigung zur Heilung zeigen und den Kranken enorme Schmerzen verursachen.

Ueber einen Fall von *doppelseitiger Ischias* bei Diabetes aus der Klinik des Prof. Dieulafoy berichtet Widal (84).

Ein 33jähr. Mann wurde wegen ausstrahlender Schmerzen auf der Rückseite der Ober- und Unterschenkel in das Hospital aufgenommen. Auf beiden Seiten fanden sich die Symptome der Ischias. Die Schmerzen sassen symmetrisch in denselben Nervenästen, nur die oberen Zweige der Ischiadici waren frei. Kein Tumor im Becken. Der Harn enthielt 0.7% Zucker. Von sonstigen Symptomen des Diabetes war nur der Verlust des Geschlechtstriebes nachweisbar. Auf antidiabetische Diät hin schwanden die neuralgischen Schmerzen völlig und der Zucker bis auf Spuren.

Nach Ansicht W.'s sind diese Neuralgien durch Autointoxikation hervorgerufen; sie können den symmetrischen Neuralgien bei Bleivergiftung an die Seite gestellt werden.

In die Kategorie der *durch Neuritis bedingten motorischen Lähmungen* beim Diabetes mellitus gehören drei von Bruns (111) mitgetheilte Fälle. Gemeinsam für dieselben zeigt sich eine allmählich unter neuralgischen Schmerzen eintretende motorisch-trophische Lähmung im Cruralis- und Obturatoriusgebiete beider Beine, jedoch nicht gleichmässig, so dass in 2 der Fälle die Lähmung in dem einen Cruralisgebiete schon wieder sehr gebessert war, ehe die andere Seite befallen wurde. Das Einsetzen der Lähmungen in subakuter Weise unter lebhaften Schmerzen, die allmähliche Steigerung der Paresen zu ausgesprochenen Paralysen, die trophischen und elektrischen Störungen, namentlich auch die Vielfältigkeit der letzteren (einfach quantitative Alteration, partielle und complete Entartungsreaktion), das Zurücktreten der Anästhesie im Krankheitsbilde (nur in 1 Falle im Peronaeusgebiet anfangs deutliche Gefühlstörung), der Wechsel im Verhalten der Patellarreflexe je nach dem Kräfte- und Ernährungzustande des Quadriceps femor., die volle mehr oder weniger rasch eintretende Heilung, schliesslich der Mangel jeder mit Sicherheit auf das Centralnervensystem zu beziehenden Symptome liessen die Diagnose auf peripherische Neuritis stellen. Da durch die Anamnese alle sonstigen Momente, die peripherische Neuritis hervorrufen, ausgeschlossen werden konnten (nur in einem Falle hatte vielleicht vor Jahren Lues bestanden), so war der Diabetes für diese motorisch-trophischen Störungen verantwortlich zu machen.

Eine genaue Uebereinstimmung zwischen Zuckerausscheidung und Häufigkeit und Schwere der Lähmung bestand nicht. Doch konnten durch strenge Diät in 2 Fällen wenigstens die Schmerzen beseitigt werden, im 3. Falle, in dem es nicht gelang, die Glykosurie zu vertreiben, traten auch die Schmerzen nach kurzer Pause sehr heftig wieder ein. Anders das Verhalten der Lähmungen. Hier zeigten sich verschiedene Möglichkeiten: Sie

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

können verschwinden bei antidiabetischer Diät mit Sistirung der Glykosurie oder ohne dass die Zuckerausscheidung aufhört. Sie können nach Einführung der Diät und nach Heilung der Glykosurie noch zunehmen. Schliesslich können sie sogar erst eintreten, nachdem längere Zeit nur noch Spuren von Zucker im Harne nachgewiesen sind. Mit v. Ziemssen nimmt B. den Blutzucker als das den Nerven schädliche Princip an und sucht das verschiedene Verhalten der Lähmungen folgendermaassen zu erklären. Durch die entzündungerregenden Eigenschaften des Zuckers stellen sich zunächst neuralgische Schmerzen, dann unter Zunahme dieser und weiterer Zerstörung motorischer Fasern Lähmungen und Atrophien, eventuell Anästhesien ein. Im nächsten Stadium können die Neuralgien zurücktreten und nur Lähmungen bestehen unter Zunahme der trophischen Störungen und schliesslich können die regenerativen Vorgänge beginnen und allmählich Heilung eintreten. Bringt man nun durch geeignete Diät im ersten Stadium den Zucker zum Schwinden, so können die Neuralgien, sowie auch eine beginnende Lähmung beseitigt werden. Haben die Lähmungen aber erst eine gewisse Höhe erreicht, so sind sie gewissermaassen selbständige Krankheiten und entwickeln sich im motorischen Nerven weiter, unabhängig davon, ob die Glykämie weiter besteht oder nicht. Beseitigt die Diät den Zucker zu einer Zeit, wo schon die Regeneration des Nerven beginnt, dann kann eventuell die Diät zu gleicher Zeit den Zucker und die Lähmung zum Verschwinden zu bringen *scheinen*.

Während in diesen Fällen und nach früheren Mittheilungen die diabetische, durch Neuritis bedingte motorische Lähmung mit Vorliebe die Beine befällt, zeigen sich unter den 4 von Buzzard (164) beobachteten diabetischen Lähmungen 3 Fälle, in denen auch die Arme ergriffen waren.

In einem Falle zeigte sich bald nach dem Auftreten der Neuralgien und Lähmungen an den Beinen, die das gleiche Bild, wie es Bruns beschreibt, boten, Stechen und Steifheit in den Fingern. Später traten Verminderung der taktilen Sensibilität auf, Kraftlosigkeit in beiden Händen, Schmerzen in sämmtlichen Fingern der linken und im 4. und 5. Finger der rechten Hand. Auch wurde Atrophie der Daumenmuskeln, der Interossei auf beiden Seiten und der Muskulatur des linken Vorderarms beobachtet. Auf antidiabetische Diät hin trat bedeutende Besserung ein.

Ein anderer Diabetiker, dessen Beine vollkommen frei waren, zeigte eine Lähmung des linken Arms mit Atrophie der Arm- und Schultermuskeln, ausgenommen die Flexoren der Finger und des Handgelenks. Doch war auch bei diesen die elektrische Erregbarkeit vermindert.

In einem 3. Falle bestanden neben Lähmungen und Anästhesie der Unterschenkel auch Lähmungen der Hände.

Grenier (28) glaubt, dass eine Anzahl beim Diabetes beobachteter nervöser Erscheinungen nicht dem Diabetes als solchem zukomme, sondern einer durch denselben hervorgerufenen *Hysterie* zuzuschreiben sei. Er ist der Ansicht, dass ebenso wie Blei, Quecksilber und Alkohol die Entwickelung der Hysterie begünstigen, dies auch der Diabetes thun kann. An einer Anzahl theils eigener, theils von anderer Seite mitgetheilter Krankengeschichten zeigt er, dass die hysterischen Anfälle dem Diabetes vorangehen und sich während seiner Entwickelung fortsetzen können, dass aber auch bei den vom Diabetes Befallenen Hysterie zum 1. Male auftreten kann. Es ist dabei nicht selten, dass bei demselben Kranken hysterische und eigentlich diabetische nervöse Symptome auf einander folgen und dadurch eine scharfe Trennung beider sehr erschwert wird. Die hysterischen Symptome, die G. bei den Diabetikern beobachtete, waren: Plötzliche, einige Tage dauernde Sprachlosigkeit mit völliger Aphonie und Unfähigkeit, zu artikuliren, Mono- und Hemiplegien, die plötzlich auftraten und ebenso plötzlich verschwanden, aber leicht wiederkehrten, umschriebene anästhetische Stellen. Andere nervöse Erscheinungen sind der Hysterie und dem Diabetes gemeinsam, z. B. Facialislähmung, Angina pectoris. G. hebt zum Schluss hervor, dass noch zahlreiche genauere Beobachtungen nöthig sein würden, um den Zusammenhang der Hysterie mit dem Diabetes festzustellen, und weist auf die Schwierigkeiten hin, die durch gleichzeitiges Bestehen von Diabetes und Alkoholismus oder einer anderen Vergiftung entstehen können. Hierfür wird als Beispiel ein Fall mitgetheilt, in dem neben Diabetes eine Bleivergiftung bestand mit Sensibilitätstörungen und hysterischen Lähmungen.

Einen eigenthümlichen Fall von *halbseitiger Epilepsie*, möglicher Weise diabetischen Ursprungs, theilt Abbe (78) mit.

Ein 44jähr. Mann litt in Folge eben überstandener Influenza an linkseitiger Otitis med. suppur., Polyurie, wozu eine wachsende Schwierigkeit beim Sprechen gewisser Worte hinzutrat. Nach einem Falle auf der Strasse wurde der Kr. in somnolentem Zustande in das Hospital aufgenommen. Keine Paralysen oder Anästhesien, keine Patellarreflexe. Starke Glykosurie und Polyurie, die sich bei antidiabetischer Diät verminderte. Während des Aufenthaltes im Hospital traten täglich krampfhafte Zuckungen der rechten Körperhälfte, besonders stark im rechten Arme, auf. Danach bestanden für kurze Zeit Aphasie, mässige Parese und Hyperästhesie der rechten Seite. Die Krämpfe dehnten sich später auch auf die rechte Gesichtshälfte aus. Es trat zugleich Fieber auf, wohl in Folge eitriger Mastoiditis. Operation: Entfernung des Eiters und eines Sequesters. Intracraniell kein Eiter. Darauf die Anfälle häufiger (halbstündlich) von 1 Min. Dauer. Bewusstsein erhalten, aber mehr oder weniger ausgesprochene Aphasie. Da Alles auf eine Reizung der Grosshirnrinde in der Gegend des Sprachcentrum hinwies, wurde die Trepanation ausgeführt: Dura und Arachnoidea normal, weder Eiter noch Tumor. Die Krämpfe traten am nächsten Tage auf beiden Seiten auf mit immer vollständigerer Aphasie. Tod in Folge von Erschöpfung. Bei der Autopsie fanden sich das Grosshirn und seine Häute, sowie die Gefässe ganz normal. Keine Spur von Eiter, auch nicht im Schläfenbein. Pankreas atrophisch, fibrös, von $^1/_4$ seiner natürlichen Grösse.

A. schliesst damit, dass die eigenthümlich trügerischen Symptome wohl auf den Diabetes zurückgeführt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

werden müssten, dass die Mastoiditis aber unzweifelhaft die Endursache der Reizung der linken Partie des Grosshirns gewesen sei.

5) *Erkrankungen des Herzens bei Diabetes.*

Anknüpfend an einen Fall von Diabetes, in dem arrhythmische Störungen von Seiten des Herzens bestanden, die, wie auch die Autopsie bestätigte, von Arteriosklerose der Coronararterien herrührten, bekämpft Huchard (38) entschieden die Ansicht, dass Diabetes *Angina pectoris* erzeugen könne, da die Anfälle vollkommen unabhängig von der Anwesenheit und der Menge des Zuckers im Harne auftreten. Wenn bei einem Diabetiker Angina pectoris vorkommt, so ist sie oft gichtischer Natur, noch öfter rührt sie aber von Sklerose der Coronararterien her. Man darf daher niemals erwarten, durch antidiabetische Behandlung irgend einen Einfluss auf die Erscheinungen von Seiten des Herzens ausüben zu können.

6) *Albuminurie bei Diabetes.*

Die Häufigkeit des Vorkommens von Albuminurie bei Diabetes ist von Garrod auf 10%, von Dusch auf 25.5% der Kranken angegeben worden. Schmitz (158) hat an einem Material von 1200 Diabetikern die Beobachtung gemacht, dass diese Complikation viel häufiger ist, denn er fand in 824 Fällen Eiweiss von Spuren bis zu 0.4%. Nur in 6 Fällen betrug der Eiweissgehalt mehr, und zwar 1mal 0.9%. Das Auftreten von Albuminurie bei Diabetes ist nach Sch. im Allgemeinen kein böses Zeichen, vorausgesetzt, dass ausser dieser diabetischen Albuminurie nicht noch andere Erscheinungen einer Erkrankung der Nieren vorhanden sind und dass vor Allem keine Complikationen bestehen, die eine Erkrankung der Nieren bedingen müssen. Die von Frerichs und Senator schon beobachteten Oedeme sah Sch. in 52 Fällen, davon 20mal bei den 376 Kranken ohne Albuminurie. Schwerer allgemeiner Hydrops kam bei den an Albuminurie leidenden Diabetikern 19mal vor. In 17 Fällen bestanden hierbei schwere Complikationen (Tuberkulose, Herzfehler, Amyloidleber), die für den Hydrops, bez. die Nephritis verantwortlich gemacht werden mussten, so dass in nur 2 Fällen die Nephritis ohne nachweisbare Ursache bestand. Zu Gunsten der Annahme, dass die diabetische Albuminurie keineswegs auf einer Gewebeerkrankung der Nieren beruhe, sprachen zwei Sektionsbefunde von Diabetikern mit Albuminurie. Beide Male fanden sich ganz gesunde Nieren.

Bezüglich der Aetiologie der diabetischen Albuminurie handelt es sich nach Sch. um zwei Umstände. Eine wesentliche Ursache ist der lange Zeit fortgesetzte Genuss von sehr vielen Eiern, der durch die antidiabetische Diät veranlasst wird. Gegenüber den Versuchen von Schreiber und Prior, aus denen sich ergiebt, dass Eiweiss gar nicht oder höchstens in rohem Zustande reichlich und ausschliesslich genossen Albuminurie erzeuge, wird betont, dass der Diabetiker nicht Tage oder Wochen wie bei jenen Versuchen, sondern Monate und Jahre lang grosse Mengen von Hühnereiweiss zu sich nimmt. Vielleicht vollzieht sich bei ihm der Austritt des Albumin leichter als beim gesunden Menschen, weil die Harnkanälchen in Folge der allgemeinen Ernährungstörung einer genügenden Epithelauskleidung entbehren. Sch. entzog einer Anzahl von Kranken mit diabetischer Albuminurie die Eier und Eierspeisen gänzlich. Nach der Entziehung verminderte sich in jedem Falle der Eiweissgehalt des Harns rascher oder langsamer, so dass er sogar von einer Höhe von 0.4% auf Spuren herunterging oder gänzlich verschwand. Wurden wieder Eier in grösseren Mengen gestattet, so zeigte sich auch früher oder später eine Zunahme des Harneiweisses. Als zweites ätiologisches Moment wird der häufig bei Diabetes bestehende Blasenkatarrh genannt. Durch die dabei in den Harn gelangenden Blut- und Eiterkörperchen wird eine Eiweissreaktion bewirkt. Gesellt sich nun noch ein Katarrh des Nierenbeckens hinzu, so wird der Albumingehalt des Harns noch stärker.

7) *Cystitis bei Diabetes.*

Auf das Auftreten einer Cystitis als Complikation des Diabetes macht Schmitz (112) aufmerksam. Ihre Entstehung wird dadurch bedingt, dass der zuckerhaltige Harn in der Blase in Gährung übergeht und diese Gährung durch fortgesetzte Zufuhr von Zuckerharn unterhalten wird. Eine spontane Heilung oder Besserung ist daher nicht zu erwarten, so lange Diabetes besteht. Sch. unterscheidet bei der diabetischen chronischen Cystitis drei Stadien. Das erste und mildeste Stadium, subjektiv nicht bemerkbar, wird durch die Betrachtung des Harns erkannt, der trübe und meist schwach sauer ist und Schleimzellen, Calciumphosphat und Bakterien enthält. Das zweite Stadium macht sich dem Kranken durch vermehrten Harndrang bemerkbar. Harn trübe, riecht unangenehm, enthält reichlich Schleim- und Eiterkörperchen, phosphorsaure Ammoniakmagnesia, Bakterien u. s. w. Entwickelt sich nun hieraus das dritte Stadium, so ist der Harn alkalisch, enthält ein starkes, milch- oder rahmartiges Sediment, das am Gefässe klebt, und die oben genannten Bestandtheile in noch grösserer Menge. Es kommt zu Gasansammlung in der Blase und sogen. Gaspissen. Die Prognose der diabetischen Cystitis in den ersten beiden Stadien ist günstig, weniger bei der letzten Form. Bei der Behandlung kommt vor Allem in Betracht, ob es gelingt, den Zucker im Harn ganz oder bis auf Spuren zu beseitigen. Zur Behandlung des Katarrhs selbst wird Auswaschen der Blase mit Solut. Natrii salicylic. und innerlicher Gebrauch von Natr. salicylic. empfohlen.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

8) *Neubildungen bei Diabetes und ihre Exstirpation.*

Dem Vorkommen von Neubildungen beim Diabetes hat man bis jetzt wenig Beachtung geschenkt. Tuffier (27) hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Beziehungen zwischen Neoplasmen und Diabetes zu untersuchen. Ein sicheres Urtheil über die Häufigkeit des Vorkommens dieser Complikation lässt sich schwer gewinnen, indessen sind Tumoren entschieden häufiger bei Diabetes, als man bisher annahm. T. sah in der verhältnissmässig kurzen Zeit von $2^1/_2$ Jahren 11mal solche Fälle. Aus der Literatur und Mittheilungen von anderer Seite hat er noch 43 Beobachtungen zusammengestellt. Dass ein Einfluss des Diabetes auf die Entstehung der Neubildung vorliege, ist nicht anzunehmen, eben so wenig wie die Thatsachen dafür sprechen, dass der Diabetes ihr Wachsthum begünstige.

Was die Natur der Neoplasmen anlangt, so zeigen die Beobachtungen, dass die 54 Fälle sich wie folgt vertheilen: 36 bösartige Tumoren (22 Carcinome, 9 Epitheliome, 3 Osteosarkome, 2 Lymphosarkome), 13 gutartige Tumoren (3 Ovarialkystome, je 2 Lipome, Fibrome, Enchondrome, einfache Lymphome, 1 Papillom und 1 Exostose). 5 Tumoren sind nicht näher bezeichnet. Es kommen also alle Arten von Neubildungen vor, so dass von einem Einfluss des Diabetes auf die Natur des Tumor ebenfalls nicht die Rede sein kann. Ebenso wie die Tumoren wechseln, schwankt auch der Diabetes von der leichtesten intermittirenden bis zur schwersten Form. Dagegen kann unter Umständen der Sitz der Geschwulst durch den Diabetes veranlasst sein, wie 2 Fälle von Peniscarcinom, dem Balanoposthitis voranging, zeigen. Hier hat der Diabetes durch die entzündliche Affektion einen Locus minoris resistentiae gesetzt, auf dem sich die Neubildung entwickeln konnte. Auf T.'s Untersuchung, ob die Tumoren auf die Entstehung der Glykosurie hinwirken können, braucht nicht näher eingegangen zu werden, da es sich hier wesentlich um Erörterung des Zusammenhangs zwischen Pankreascarcinom und Diabetes handelt.

Die *Symptome* und der *Verlauf* der Neubildungen beim Diabetes weichen in zwei Punkten von dem Gewöhnlichen ab. Der Verlauf ist im Allgemeinen ausserordentlich langsam, z. B. bestanden Mammacarcinome über 4 Jahre, und ferner ist die geringe oder ganz fehlende Schmerzhaftigkeit hervorzuheben. Mammacarcinome zeigen völlige Unempfindlichkeit, Epithelioma linguae, im Allgemeinen so schmerzhaft, ruft nur eine geringe Belästigung hervor. Nur einmal sah T. ein schmerzhaftes Mammacarcinom bei einem intermittirenden Diabetes, bei dem der Zucker plötzlich verschwand, so dass ein Zusammenhang zwischen Analgesie und Stärke des Diabetes nicht unwahrscheinlich ist.

Die Methoden der *Behandlung* müssen einestheils die Schwere des Diabetes und anderentheils die Grösse der Operation berücksichtigen. T. gruppirt die Operation nach 3 Punkten: 1) Die Operation ist nicht nothwendig („Gefälligkeits-Operation"). Unter solchen Umständen muss sie unbedingt verweigert werden. 2) Bei dringender Indikation muss man operiren, z. B. bei Ulceration einer Arterie oder bei starken und wiederholten Blutungen aus dem Tumor. Der Diabetes ist erst in zweiter Linie zu berücksichtigen. 3) Die Operation wäre angezeigt, falls nicht Diabetes vorläge. Hier hat zunächst eine geeignete Behandlung des Diabetes stattzufinden. Gelingt es, den Zucker zu vertreiben, so ist die Operation zulässig. Ist aber die antidiabetische Behandlung unwirksam, so darf nicht operirt werden. Handelt es sich um grosse Operationen, die tiefe Eingriffe bedingen, so ist auch bei einer ganz geringen Glykosurie von der Ausführung abzusehen.

Bezüglich der operativen Methoden empfiehlt T. für kleinere Neubildungen die Anwendung des Thermokauter, der elastischen Ligatur und der Caustika, besonders der Chromsäure.

In einigen der Fälle zeigte es sich, nachdem vorher kein Diabetes bestanden hatte, bez. durch geeignete Behandlung verschwunden war, dass nach der Operation plötzlich im Harn Zucker auftrat und sich dadurch der Verlauf ungünstig gestaltete.

Zwei von Landau (46) und Hoffa (56) mitgetheilte Operationen gehören in diese Reihe.

In dem 1. Falle handelte es sich um die Operation eines Uteruscarcinoms bei einer Frau, die an Diabetes behandelt worden war, aber weder Glykosurie, noch andere diabetische Erscheinungen zeigte. Nach der Operation Glykosurie und Tod im Koma.

In dem 2. Falle wurde bei einem früher an Diabetes und Albuminurie erkrankt gewesenen, durch Karlsbad geheilten Manne ein Beckencarcinom operirt. Zucker war seit 2 Jahren nicht nachzuweisen gewesen. Auch hier traten nach der Operation Glykosurie und Tod im Koma ein.

In beiden Fällen hat, wie Hoffa mit Recht bemerkt, die Operation den Diabetes wieder hervorgerufen. H. warnt, ebenso wie Tuffier, vor der Vornahme grösserer Operationen. Sind diese unvermeidlich, so möge man den Kr. auf die Gefahr aufmerksam machen, die ihm durch das Wiederausbrechen des Diabetes drohen kann.

9) *Erkrankungen der Haut bei Diabetes.*

Auf das Auftreten von *Herpes zoster* bei Diabeteskranken macht Vergely (184) aufmerksam. Den ersten Fall dieser Art erwähnt Barbier (Thèse, Montpellier 1856). Später hat Fabre (Annal. méd. de Liège p. 357. 1881) 2 Fälle von Herpes bei Diabetikern mitgetheilt. 1889 findet sich noch eine Beobachtung von Pluyette (Marseille méd. p. 143) und dieser Autor hält eine Wechselbeziehung zwischen Herpes und Diabetes für wahrscheinlich.

In dem einen der von Vergely mitgetheilten Fälle traten bei einer 54jähr. Frau, die Glykosurie und Lockerwerden der Zähne, aber weder Polyurie noch

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

gesteigerten Hunger und Durst zeigte, in der rechten Schläfengegend heftige neuralgische Schmerzen auf, denen nach einigen Tagen die Eruption von Herpesbläschen folgte. Die Stellung der Bläschen entsprach dem Verlauf des N. supraorbitalis. Nach Abheilung des Herpes dauerten die Neuralgien noch 2 Monate fort. Die Haut der rechten Stirnhälfte war weniger weich als die der linken Hälfte. Es bestand rechts deutliche Analgesie.

Im 2. Falle (43jähr. Frau mit Glykosurie, Polyurie, Polydipsie, starker Abmagerung) zeigten sich ebenfalls zunächst starke Neuralgien, aber im linken Ischiadicus. Zu gleicher Zeit Eruption von Herpesbläschen im Verlaufe dieses Nerven. An der krank gewesenen Stelle blieb eine Hyperästhesie zurück.

Ebenso wie dieses Auftreten von Herpes mit der diabetischen Neuritis pathogenetisch in Zusammenhang zu stehen scheint, nimmt Pryce (3) für das von ihm bei Diabetikern beobachtete *erythematöse Oedem* eine Erkrankung peripherischer Nerven als Entstehungsursache an.

In 2 Fällen von länger bestehendem Diabetes mit ausgeprägten nervösen Symptomen (Fehlen der Patellarreflexe, intensiven neuralgischen Schmerzen, Anästhesie) trat symmetrisch an beiden Füssen eine eigenthümliche Hautaffektion auf, die sich in Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Haut auf der Sohle, besonders über dem 4. und 5. Metatarsusknochen, äusserte. P. belegt diese Erscheinung mit dem Namen „erythematöses Oedem". In dem einen Falle zeigte sich auch eine beginnende Hautnekrose der grossen Zehe. Durch antidiabetische Behandlung ging zugleich mit der Glykosurie auch die Hautaffektion in beiden Fällen zurück.

Eine eigenthümliche Form von *Hautnekrose* und *Schleimhautulceration* bei einem Diabetiker beschreibt Rosenblath (35).

Bei dem Kr. entstanden auf der Haut Petechien, die sich dann in rothe linsengrosse Flecke, mit einem kleinen mit wasserheller Flüssigkeit gefüllten Bläschen umwandelten. Einige dieser Bläschen verschorften. In den letzten Lebenswochen starker Durchfall, z. Th. mit Blut gemischt. Bei der *Sektion* fanden sich im Oesophagus, Magen und Darmkanal zahlreiche, unregelmässig gestaltete Ulcerationen. Was die Entstehung der Schleimhautgeschwüre und Hautaffektionen anlangt, so lehrte die mikroskopische Untersuchung, dass beide durch dieselben Vorgänge, aus Hämorrhagien entstanden waren, indem die hämorrhagischen Partien nekrotisch wurden und durch Abstossung des Nekrotischen das Geschwür entstand. Die nähere Ursache der Blutungen war nicht zu bestimmen.

Bei dieser an sich merkwürdigen Hautaffektion war auch die Heilung eigenartiger Natur. Der Schorf bestand aus nekrotischem Gewebe, ähnlich einem Brandschorf. Die entzündliche Reaktion war sehr geringfügig, eine eigentliche Granulationenbildung fehlte vollständig.

Das Vorkommen von *Furunkulose* bei *Diabetes insipidus* ist bis jetzt nur sehr vereinzelt beobachtet worden und die Frage des ätiologischen Zusammenhangs beider Erscheinungen liegt daher noch offen.

Rachel (86) sah bei 3 Säuglingen im Gefolge von Magendarmerkrankungen Polyurie auftreten. Während in dem einen Falle vorübergehend Oedeme auftraten, zeichneten sich die anderen durch wochenlang bestehende Furunkulose aus. Während R. an eine Entstehung dieser Affektion in Folge des Diabetes insipidus nicht denkt, sondern sie durch Resorption purulenten Materials in Folge von Ulceration der Darmschleimhaut erklären möchte, nimmt Lewinsky (102) in dem von ihm beobachteten Fall von Furunkulose bei einfacher Harnruhr einen Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen an, indem er auf das Verhalten der Haut hinweist. Bei dem Kr. lag die Schweisssekretion seit Monaten gänzlich danieder. Auch nach früheren Beobachtungen wird die Haut bei Diabetes insipidus meist als trocken und spröde beschrieben. Das Zustandekommen der Furunkel liesse sich danach einfach durch den Wasserverlust und die Austrocknung der Schweissdrüsen erklären.

10) *Entzündliche und gangränöse Zufälle bei Diabetes.*

In der Erklärung der ätiologischen Bedingungen sowohl wie der pathologisch-anatomischen Veränderungen der carbunkulösen, eitrigen und brandigen Processe beim Diabetes besteht noch manche Lücke. Es ist daher die Mittheilung jedes weiteren gut beobachteten Falles von Werth, da er zur Lösung dieser oder jener noch offenen Frage beitragen kann.

Schüller (8) theilt zwei von ihm beobachtete Fälle mit, von denen der eine eine ausserordentlich heftige brandige Phlegmone der Hand darstellt, die trotz des dauernd fortbestehenden Diabetes zur Heilung gebracht wurde, von denen der andere eine fortschreitende Gangrän des Fusses betrifft, die nach mehrfachen operativen Eingriffen zum Tode des Kr. führte. Bezüglich der Entstehung der phlegmonösen Processe ist man nach König's Vorgange neuerdings allgemein zu der Ueberzeugung gekommen, dass speciell die diabetischen Phlegmonen in gleicher Weise auf einer Infektion beruhen, wie jede andere Phlegmone. Es ist auch nicht einmal wahrscheinlich, dass dabei besondere, dem Diabetes eigenthümliche Mikroorganismen thätig sind. Wenigstens fanden sich in dem ersten der beiden erwähnten Fälle nur die bekannten Diplokokken und Streptokokken. Auffällig war auch nicht ihre grosse Menge, sondern die grosse Hartnäckigkeit, mit der sie der energischen Antisepsis widerstanden. Man wird also nur vermuthen dürfen, dass die Gewebe bei Diabetes widerstandsloser werden, vielleicht auch, dass sie einen günstigeren Nährboden für die Eiterkokken bilden, als bei sonst Gesunden.

Für die Entstehung der diabetischen Gangrän im zweiten Falle gab der anatomische Befund eine einfache Erklärung. Es hatten zusammengewirkt eine starke Arteriosklerose und, wie aus dem Vorhandensein deutlich entzündlicher Veränderungen innerhalb der schon brandig abgestorbenen Partien zu ersehen war, eine vorausgegangene Entzündung. Auch früher schon hat man bei Diabetikern, die zur Operation kamen, in den von Gangrän befallenen Theilen nicht selten starke Arteriosklerose beobachtet. Ob diese Arteriosklerose bei Diabetikern durch Wasserentziehung oder durch den

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Reiz des zuckerhaltigen Blutes hervorgerufen wird, muss dahingestellt bleiben. Der Umstand, dass sich im vorliegenden Falle nicht eine Endarteritis, sondern eine Verkalkung der Media fand, macht es wahrscheinlich, dass die Ernährungstörungen wesentlich die Muskeln der Gefässe betrafen und zur fettigen Degeneration und Kalkeinlagerung führten. Nach Schüller's Ueberzeugung disponirt der Diabetes nur dadurch zur Gangrän, dass er leicht, schon relativ früh und bei sonst blühend aussehenden Leuten zur Arteriosklerose führt und dass er die Entstehung und Ausbreitung von Entzündungen nach unbedeutenden Verletzungen begünstigt.

Bei der Behandlung der diabetischen Phlegmone legt Sch. den Schwerpunkt auf eine streng antiseptische chirurgische Lokalbehandlung. Bei der grossen Hartnäckigkeit und raschen Ausbreitung der Streptokokken in den diabetisch veränderten Geweben müssen die Incisionen, Drainirungen, Spülungen, Bäder mit antiseptischen Flüssigkeiten viel energischer angewendet werden, wie bei den Phlegmonen gesunder Menschen. Ferner werden neben diesen Maassregeln Sublimatinjektionen mittels *Pravaz*-Spritze angewandt, um eine noch vollständigere Durchtränkung der Gewebe zu erreichen.

Zur Behandlung der diabetischen Gangrän werden neben strenger antidiabetischer Diät Incisionen in die brandigen und benachbarten Gewebetheile und energische Durchtränkung mit Sublimatlösung empfohlen. Zur Beförderung der Cirkulation können ausserdem feuchtwarme antiseptische Verbände oder warme Sublimatbäder mit Nutzen verwendet werden. Gelingt es durch diese Maassregeln nicht, die Gangrän zum Stillstand zu bringen und findet besonders ein sehr rasches Fortschreiten statt, so bleibt als letzte Hülfe die Amputation. Schüller steht in dieser Beziehung, ebenso wie Schuster (13), auf dem Standpunkte König's, dass ohne weiteres Abwarten durch eine radikale Operation die Lebensrettung des Kranken versucht werde.

11) *Störungen im Gebiet des Verdauungsapparates.*

Rosenstein (109) hat bei mehreren Diabetikern das Verhalten des Magens näher studirt und theilt aus diesen Versuchen das die freie Salzsäure betreffende Ergebniss mit. Bezüglich der Methode ist zu bemerken, dass über die Gegenwart oder das Fehlen der freien Salzsäure nur nach dem übereinstimmenden Ergebniss aller dafür bekannten Farbenreaktionen geurtheilt wurde. Von 10 Diabetikern zeigte bei 4 der Mageninhalt ein völlig normales Verhalten. In 3 Fällen war die freie Salzsäure nach wochen- und monatelangem Fehlen später zeitweise oder andauernd wieder nachzuweisen. Dieses wechselnde Auftreten spricht dafür, den Grund in einer Neurose des Magens zu suchen. Diese diabetische Sekretionsneurose steht ebenso wie das Fehlen des Patellarphänomens und die übrigen Neurosen in keinem direkten Verhältniss zur Schwere des Falles, insoweit letztere von der Höhe des Zuckergehalts, dem Aceton oder der Diacetsäure abhängt. In anderen Fällen, in denen zu keiner Zeit freie Salzsäure nachgewiesen werden konnte, handelte es sich wahrscheinlich um eine ausgebreitete Atrophie des Drüsenapparates in Folge interstitieller Entzündung, wie sie R. an 3 Magen von Diabetikern auffand, bei denen aber das Verhalten des Mageninhalts während des Lebens nicht untersucht worden war.

12) *Coma diabeticum.*

Stadelmann hat 1883 zuerst die Ansicht ausgesprochen, dass das Coma diabeticum als die Folge einer Säureintoxikation, d. h. einer durch abnorme Säureproduktion bedingten Alkalescenzabnahme des Blutes und der Körpersäfte aufzufassen sei. Es ist nun auch bisher bei jedem Coma diabeticum Oxybuttersäure in grossen Mengen im Harn gefunden worden, so dass unzweifelhaft ein gewisser Zusammenhang zwischen dem Auftreten dieser Säure im Harne und dem Coma diabeticum bestehen muss. Dass Aceton und Acetessigsäure, die Nebenprodukte bei der Bildung, bez. Zerstörung der Oxybuttersäure im Körper, nicht als die Ursache des Koma anzuklagen sind, scheint durch verschiedene Beobachtungen sichergestellt.

Ueber die *Acetonurie* und ihr Verhältniss zum diabetischen Koma hat West (120) Untersuchungen angestellt und gefunden, dass im Stadium der Akme bei vielen akuten Krankheiten Aceton im Harn vorkommt, dass ganz gewöhnlich bei Diabetikern ohne Koma Acetonurie besteht, dagegen keineswegs immer bei Kranken, die plötzlich an Coma diabeticum erkranken. Das Auftreten von Aceton hat keine Beziehung zur Zuckerausscheidung, zum spec. Gewicht u. s. w. Es verschwindet manchmal in dem Augenblick, wo das Koma eintritt, so dass es in keinem ursächlichen Zusammenhange mit demselben steht. West glaubt, dass das Koma wahrscheinlich durch eine akute Intoxikation bedingt ist, hervorgerufen durch eine sich schnell im Körper bildende Substanz, die indessen nicht Aceton ist; die abnormen Stoffwechselvorgänge, die dabei im Spiele sind, bewirken vermuthlich gleichzeitig die Entstehung jener Substanzen, die die Eisenchloridreaktion geben. Dass indessen auch Diabetiker ohne Eisenchloridreaktion im Harn, d. h. ohne Acetessigsäure darin nachweisen zu lassen, dem Koma verfallen können, geht aus zwei von Stadelmann (127) angeführten Fällen hervor.

Eine specifisch toxische Wirkung der Oxybuttersäure selbst anzunehmen, dafür ist nach den vorliegenden Versuchen kein Grund vorhanden. So käme denn schliesslich die von St. vertretene Annahme der Säurewirkung, d. h. Alkalientziehung

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

in Betracht. Zur sicheren Begründung dieser Theorie bedurfte es aber noch des Nachweises, dass in der That die abnorme Säureproduktion eine Verminderung der Alkalescenz im Blute der Diabetiker zur Folge habe. Minkowski (22) hat diese Frage zu beantworten versucht, indem er den Kohlensäuregehalt des arteriellen Blutes bestimmte. Bei einem an schwerem Diabetes leidenden Pat., dessen Harn an dem Versuchstage 16.0 Oxybuttersäure enthielt, ergab die Analyse des Blutes 17.04% CO_2. Nach 20 Tagen trat Koma ein. Der Harn enthielt 46.2 Oxybuttersäure, das Blut 3.34% CO_2. Arterielles Blut des normalen Menschen enthält 30.6% CO_2. Es zeigte sich also in diesem Falle, in dem eine sehr erhebliche pathologische Säureproduktion nachweisbar war, bereits längere Zeit vor dem Eintreten des Koma eine beträchtliche Verminderung der Kohlensäure im arteriellen Blute. Während des Koma enthielt das Blut eine so geringe Menge Kohlensäure, wie sie nur bei den stärksten Graden der experimentellen Säurevergiftung beobachtet worden ist.

Es liegt allerdings der Einwand nahe, dass die Verminderung der Kohlensäure im Blute nicht durch die Selbstvergiftung mit Oxybuttersäure, sondern durch eine verringerte Kohlensäureproduktion beim Diabetes mellitus veranlasst sein könnte. In dieser Beziehung ist die Blutuntersuchung an einem Kr. von Interesse, der vollständig komatös in die Klinik aufgenommen wurde, nachdem er schon längere Zeit an Polyurie und Polydipsie gelitten hatte. Der Harn enthielt 3.2% Zucker, aber keine Oxybuttersäure. Das Blut enthielt 28.2% CO_2. Der Kr. starb am folgenden Morgen. Die Sektion ergab das Bestehen einer *eitrigen Meningitis, offenbar die Ursache des Koma.*

Also führen weder der Diabetes mellitus, noch die im tiefen Koma daniederliegenden Funktionen des Organismus zu einer Verminderung der Kohlensäure im arteriellen Blute, sobald keine abnorme Säureproduktion besteht. Das Verhalten der Kohlensäure im Blute bei Diabetes, wenn abnorme Säureproduktion besteht, weist somit in der That auf eine Herabsetzung der Blutalkalescenz hin und das Coma diabeticum ist in dieser Beziehung der experimentellen Säurevergiftung analog.

Wie Stadelmann (127) angiebt, ist es nicht nothwendig, die Oxybuttersäure im Harn von Diabetikern direkt nachzuweisen, es genügt dazu eine Ammoniakbestimmung, die viel leichter auszuführen ist. Diabetiker mit einer Ammoniakausscheidung von 1.1 pro die sind in Gefahr dem schweren Diabetes anheimzufallen. Steigt die Ausscheidung auf 2—6 und mehr Gramm pro die, so ist die Gefahr des eintretenden Coma diabeticum drohend.

Bei der experimentellen Säurevergiftung gelingt es bekanntlich, durch rechtzeitige Zufuhr von Alkalien die Vergiftungserscheinungen vollkommen rückgängig zu machen und St. hat die Behandlung des Koma diabeticum mit grossen Dosen von Alkalien, speciell mit 3—5proc. intravenösen Injektionen von kohlensaurem Natrium empfohlen. Bisher ist nun in einer Reihe von Fällen diesem Vorschlage entsprechend oder in ähnlicher Weise vorgegangen worden. Sie sind zum grössten Theil von St. zusammengestellt. Zu diesen 11 Fällen, aus denen übrigens der von Lépine (20) auszuscheiden ist, weil kein eigentliches Coma diabeticum vorlag, wäre noch ein Fall von Chadbourne (113) mit 2maliger intravenöser Injektion von 900 g 5proc. Natriumbicarbonatlösung zu erwähnen. Darauf vorübergehende Besserung und tödtlicher Ausgang. Auch von Ziemssen (68) hat in 2 Fällen die Alkalibehandlung versucht, indem er in einem Falle grosse Dosen von Natr. carbon. per os einverleibte und in dem anderen Falle die Lösung unter die Haut einspritzte. Nur in letzterem Falle trat eine auffällige Besserung der Allgemeinerscheinungen ein, die aber bald vorüberging. Tod nach 24 Stunden. Aus den zusammengestellten Fällen zieht St. folgende Schlussfolgerungen: Die therapeutischen Erfolge waren wenig befriedigend. Mit Ausnahme eines Kranken, bei dem es gelang, den Harn alkalisch zu machen (Minkowski [22]), starben sämmtliche. Ungünstige Einflüsse der intravenösen Injektion der Sodalösung sind aber in allen diesen Fällen nicht beobachtet worden. Im Gegentheil stimmen fast alle Beobachter darin mit Chadbourne und v. Ziemssen überein, dass nach den Injektionen eine Besserung des Zustandes eingetreten und das Bewusstsein wieder erwacht sei. Da eine derartige Besserung bei der gleichen Erkrankung, durch die gleiche Behandlung erzielt, kein Zufall sein kann, so bleibt St. bei seinen Vorschlägen, die er auf Grund seiner Erfahrungen folgendermaassen zusammenfasst: „Hat man Ursache, den Ausbruch des Koma bei einem Diabetiker zu befürchten, so sind Alkalien in grösserer Menge zu geben, natürlich unter genauer Beobachtung des Kranken und in entsprechenden Pausen. Ist das Koma eingetreten, so sind möglichst rasch, ohne zu zögern oder abzuwarten, reichliche intravenöse Injektionen von $1^1/_2$fach kohlensaurem Natrium in physiologischer Kochsalzlösung zu machen, und zwar 1—$1^1/_2$ Liter 7—10proc. Lösung. Mit der Infusion ist aufzuhören, sobald irgend welche bedrohliche Erscheinungen (Unregelmässigkeit des Pulses, starke Verlangsamung desselben, Krämpfe, Aussetzen der Respiration u. s. w.) sich einstellen. Mit den Infusionen ist eventuell nach einiger Zeit von Neuem zu beginnen, bis der Harn alkalisch geworden ist. Subcutane Injektionen von kohlensaurem Natrium sind zu verwerfen, weil sie sehr schmerzhaft sind und tiefgreifende Phlegmonen verursachen."

Klemperer (71) hält die Säurebildung nicht für die letzte Ursache des Coma diabeticum und kann daher auch in der Abstumpfung der Säure

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

im Blute nicht die richtige Behandlung erblicken. Ebenso wie beim Coma carcinomatosum kreisen beim Diabetes in gewissen Fällen giftige Stoffe im Blute und das diabetische Koma entsteht durch die Wirkung dieser Gifte auf das Gehirn. Der Säuregehalt steht erst in zweiter Linie. Der Diabetiker verfällt nicht dem Koma, weil sein Blut sauer wird, sondern sein Blut wird sauer, weil er komatös wird, weil die Anhäufung der Gifte eine Steigerung der Eiweisszersetzung zur Folge hat.

Bei der *Behandlung des Coma diabeticum* muss nach Schmitz (180) unterschieden werden, ob es sich um Herzparalyse oder um Autointoxikation handelt. Die zerstörende Wirkung des Zuckers im Blute auf die Fibrillen der quergestreiften Muskulatur kann bei Ergriffensein des Herzens zu bedrohlichen Zuständen führen. Die Erscheinungen dieser Herzschwäche sind Dyspnöe und Cyanose, kleiner langsamer Puls, der jedoch bei jeder Erregung beschleunigt wird, kaum wahrnehmbarer Spitzenstoss, leiser erster Herzton. Bei Ueberanstrengung des Herzens stellen sich äusserst bedrohliche Symptome ein: Dyspnöe und Cyanose sind gesteigert, der Kranke wird somnolent und stirbt in tiefstem Koma. Das Ganze kann perakut verlaufen, auch Herzruptur wurde beobachtet. Therapie bei diesen Zuständen: möglichste Ruhe und Schonung, leicht verdauliche Nahrung, mässige Mengen von Alkohol. Bei plötzlichen Anfällen von Herz-Insufficienz ruhige horizontale Lage, als Excitans schwarzer Kaffee, Kampher, Moschus subcutan.

Bei der als Autointoxikation aufzufassenden, zuweilen völlig verschiedenen Form tritt nach vorhergehenden gastrischen Störungen, Aufstossen von faulig schmeckenden Gasen Sopor ein, sehr beschleunigte Respiration und Puls. Die Temperatur ist stets erhöht, bis 38—39° und mehr. Heftige Leibschmerzen und Kolikanfälle. Gegen Ende treten klonische und tonische Krämpfe hinzu. Der Tod erfolgt sehr rasch und in tiefem Koma. Sch. sucht die Ursache in abnormen Zersetzungsprocessen im Darmkanal, die sich durch das meist vorkommende Aufstossen von faulig schmeckenden Gasen bemerklich machen, und sieht die Hauptaufgabe der Behandlung in der Sorge dafür, den Darm möglichst rasch zu entleeren, um jeder weiteren Resorption des Giftes vorzubeugen. Durch rasche Gaben Ricinusöl sind 11 von 12 Kranken mit solch schwerem Koma geheilt worden, wobei jedesmal unter Nachlass der bedenklichen Erscheinungen schwarze, stark stinkende Massen entleert wurden.

Nach einer Mittheilung Sandmeyer's (174) haben Külz und Aldehoff auf Grund eines zahlreichen Materials (400 Diabetiker) während der Prodromalerscheinungen und des Verlaufes des Koma das *Auftreten eigenartiger Cylinder im Harne* beobachtet. Es handelte sich um sehr kurze, meist ganz hyaline, doch auch granulirte Cylinder, die in dem während der vorhergehenden Tage ganz cylinderfreien Harn stets ausserordentlich zahlreich auftraten. Die Cylinder sind so charakteristisch, dass aus ihrem Auftreten allein schon verschiedentlich die Diagnose des drohenden Koma gestellt werden konnte. Sie wurden bei keinem Koma vermisst, das sich auf Grund eines schweren Diabetes entwickelte, und können beim Zurückgehen der komatösen Erscheinungen wieder vollständig verschwinden. Wahrscheinlich ist diese regelmässige Erscheinung bisher deswegen übersehen worden, weil solche Harne, auf Eiweiss geprüft, nur ganz geringe Spuren davon erkennen lassen.

Coats (72) berichtet über das Vorkommen von *Lipämie* bei Diabetikern, deren Ende im Koma erfolgte.

In beiden Fällen handelte es sich um junge Mädchen von 13, bez. 14 Jahren, die seit mehreren Monaten an Diabetes litten und die gewöhnlichen Symptome darboten. Beide wurden komatös und starben in weniger als 24 Stunden. In dem einen Falle bestand starke Dyspnöe. Bei der Sektion fand sich in beiden Fällen das Blut in sämmtlichen Organen stark fetthaltig. In den Lungen waren die kleinen Arterien und Capillaren scheinbar nur von feinsten Fetttröpfchen erfüllt, so dass kaum Blutkörperchen zu erkennen waren. Ebenso stark war der Fettgehalt des Blutes in den Nieren, besonders in den Pyramiden. Weniger fettreich waren die Gefässe in Leber und Grosshirn. Ein eigenthümliches Bild bot die Milz bei der mikroskopischen Untersuchung. In beiden Fällen zeigten sich reichlich grosse Zellen, die feine Körnchen enthielten und zum Theil fettig degenerirt waren. Sie hatten das Milzgewebe zum grössten Theile ersetzt.

Nach C.'s Ansicht ist die Muttersubstanz des Fettes der reichlich im Blute enthaltene Zucker und die schnelle Umwandlung desselben in das unlösliche Fett soll durch die plötzliche Behinderung des Kreislaufs den raschen tödtlichen Ausgang herbeigeführt haben.

D. Behandlung.

1) *Diätetische Behandlung.*

Livierato (54) hat Versuche über *die Schwankungen der vom Diabetiker ausgeschiedenen Kohlensäure* bei wechselnder Diät angestellt und dazu 3 Diabeteskranke benutzt, 2 magere (männlich und weiblich), 1 fetten. Aus den ausführlich mitgetheilten Versuchen, bei denen die quantitative Bestimmung der CO_2 nach Pettenkofer mittels der Respirationskammer, die des Zuckers im Harn mit dem Polarisator von *Wild* vorgenommen wurde, lassen sich Schlüsse ziehen, die für die Behandlung des Diabetes etwa folgende Regeln ergeben: Das Entziehen von Kohlehydraten war in allen Fällen von grossem Nutzen, denn der Zuckergehalt fiel bei allen 3 Patienten beträchtlich, während die CO_2-Ausscheidung sich steigerte, ohne jemals die Norm zu erreichen. Die reine Fleischkost zeigte sich nur beim fetten Diabetiker von Nutzen, der an Körpergewicht zunahm. Sie wurde überdies von den Kranken schlecht vertragen. Die Zucker-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

ausscheidung sank allerdings beträchtlich, auch die CO_2 nahm bei 2 der Kranken zu und blieb nur bei dem einen mageren Diabetiker stationär. Für die mageren Diabetiker zeigte sich am passendsten die gemischte Kost, bestehend aus Fleisch, Eiern, Käse, Wein, Gemüse, unterstützt durch die Darreichung von Natriumbicarbonat, die unzweifelhaft eine Herabsetzung des Zuckergehalts im Harn und eine entsprechende Steigerung der Kohlensäure bewirkte.

Ueber das Verhalten der *Assimilationskraft des diabetischen Organismus für Kohlehydrate* bei nach und nach gesteigerter Zufuhr hat Troje (147) diätetische Studien mitgetheilt. Hauptsächlich galt es dabei, die Frage zu entscheiden, ob jemals Steigerung der Zuckerzufuhr um eine bestimmte Grösse die Zuckerausfuhr um mehr als dieselbe Grösse steigern könnte. Sämmtliche Versuche, die an 4 Diabetikern schweren Grades angestellt wurden, gaben auf diese Frage eine durchaus verneinende Antwort. Bei 2 der Kranken zeigte sich, dass durch die dauernde Verabreichung grösserer Kohlehydratmengen das Assimilationsvermögen wesentlich geschädigt wurde. In dem einen Falle war aber trotzdem eine sichtliche Aufbesserung des Körperbestandes und des Allgemeinbefindens zu bemerken. Wurden geringere Zuckermengen eingeführt, so ergab sich mehrfach das überraschende Resultat, dass die Abnahme des Assimilationsvermögens nicht nur ausblieb, sondern dass das Assimilationsvermögen sich sogar durch die fortgesetzte mässige Inanspruchnahme kräftigte.

Naunyn (99) bezeichnet als Hauptziel der diätetischen Behandlung die grösstmögliche Schonung der krankhaft darniederliegenden Funktion, d. h. es soll dem Diabetiker die Verarbeitung von möglichst wenig Zucker, wenn es zulässig ist, von nicht mehr zugemuthet werden, als er wirklich verarbeiten kann. Bezüglich der Aussichten, die sich für die diabetische Therapie bieten, unterscheidet N. drei Krankheitsformen: 1) Die *schweren* Fälle, in denen der Harn nur noch im Hungerzustande oder bei einer Diät, die einen unvollkommenen Hungerzustand darstellt, oder überhaupt nicht mehr zuckerfrei wird. 2) Die Fälle der *Mittelform*, in denen trotz der schweren Symptome der Zuckergehalt des Harns bei strenger Fleischdiät längstens innerhalb 14 Tagen verschwindet und die Polyurie aufhört. 3) Die *leichten* Fälle, in denen es leicht gelingt, durch strenge Diät den Zucker schnell und vollständig aus dem Harne zu entfernen. Als sehr wichtig wird hervorgehoben, dass der Arzt dem Diabetiker seine Diät eben so genau *quantitativ* wie qualitativ festsetzen solle, d. h. die erlaubte Quantität Fleisch muss ebenso genau bestimmt werden wie die des Brodes, der Gemüse und Früchte, weil das Fleischeiweiss zu den zuckerbildenden Stoffen gehört und weil grössere Mengen als zuträglich genossen leicht Digestionstörungen herbeiführen.

Die am schwersten Kranken behandelt N. mit Cantani'scher Diät, wobei von den strengen Zubereitungsvorschriften abgesehen wurde. Es zeigte sich allerdings nur in einzelnen Fällen Erfolg, in denen die anfängliche Fleischration von 500 g auf das Doppelte und Dreifache gesteigert werden konnte, während die Zuckerausscheidung langsam absank. Meist wird die strenge Diät nicht mehr ertragen und eine etwas leichtere Form mit Milch und wenig Brod gestattet, wobei höchstens 100 bis 150 g Zucker pro die im Harn ausgeschieden werden dürfen. Für die Fälle der Mittelform wird zunächst absolute Fleischdiät empfohlen, die, falls sie gut vertragen wird und der Zucker verschwindet, 3—4 Wochen beizubehalten ist. Findet dagegen eine dauernde Gewichtsabnahme statt, so versucht man zeitig die Fleischration zu vergrössern. Nach 4—5 Wochen macht man eine Zulage von Milch und Eiern oder Brod. Tritt dabei eine nur ganz geringe Zuckerausscheidung unter 1% auf, so warte man unter strenger Controle des Harns das Steigen oder Vermindern in den nächsten Tagen ab. Manchmal verschwindet der Zucker in einigen Tagen wieder. Vermehrt er sich dagegen, so tritt die strenge Diät wieder ein, bis man nach 10 Tagen einen gleichen Versuch macht. Falls der erste oder zweite Versuch gelungen ist, kann man vorsichtig weiter gehen; verträgt dagegen der Kranke ein so strenges Regimen nicht, wie es nöthig wäre, um ihn völlig zuckerfrei zu machen, so muss man die radikale Behandlung aufgeben. Dann muss man sich wie in den entsprechenden Fällen der schweren Form verhalten, nur ist die erlaubte tägliche Zuckerausscheidung auf 30—50.0 pro die festzusetzen.

Bei der leichten Form warnt N. vor einer hinhaltenden Behandlung mit mässig strengen Verordnungen, wobei anfangs vorübergehend, später dauernd kleine Zuckermengen im Harn bleiben. Eine solche Therapie ist ungenügend, weil sie einerseits dazu führen kann, dass der Fall zu einem schweren wird, ohne dass dies in seiner Natur liegt, andererseits, weil es durch strengeres Verfahren gelingt, eine Heilung herbeizuführen. Ferner giebt es Fälle, die nur anscheinend der leichten Form angehören, in denen es aber keineswegs leicht oder überhaupt nicht gelingt, den Harn zuckerfrei zu machen. Es sind dies meist solche Fälle, in denen die Krankheit sehr lange zu milde behandelt worden und bereits eingerostet ist. In den frischen Fällen der leichten Form wird die Pavy-Seegen'sche Diät gestattet, wobei der Kranke bei steter Aufsicht des Arztes unter dem Banne der quantitativen Beschränkung bleibt. Wenn auch mit der Zeit die Fähigkeit, Zucker zu consumiren, bei manchen Kranken eine erfreuliche Höhe erreichen kann, so kann sie nicht wieder für immer zur Norm kommen. Hierin stimmt auch Seegen (23) mit Naunyn überein.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Von verschiedenen Seiten, z. B. von Lépine (115) und v. Ziemssen (68) ist vor der strengen Fleischdiät gewarnt worden und auf die Gefahr des vielleicht gerade durch diese strenge Fleischdiät veranlassten Eintritts des Koma aufmerksam gemacht. N. theilt diese Besorgnisse nicht, da dort, wo bei der strengen Diät der Zucker verschwindet, auch die Bildung der Oxybuttersäure aufzuhören oder sich wenigstens stark zu verringern pflegt und damit die Gefahr des Koma überhaupt beseitigt wird. Auch Cantani (79) will niemals Koma oder Acetonämie als Folge seiner Eiweiss- und Fettdiät beobachtet haben.

Ueber die *Brodsurrogate* spricht sich Naunyn sehr ablehnend aus, da sie entweder viel Kohlehydrate enthalten oder, wenn sie amylumfrei sind, ungeniessbar sind. Auch Paul (29, Diskussion) und Worms (59) sind derselben Ansicht. Dujardin-Beaumetz (29. 30. 60. 129. 134. 135. 153) ist dagegen ein eifriger Vertheidiger der Brodersatzmittel und empfiehlt ein aus der japanischen *Sojabohne* (Glycina hispida) hergestelltes Brod. Diese Bohne enthält fast gar keine Stärke, dagegen ein drastisch wirkendes Oel, das die Zubereitung des Brodes sehr erschwert und auch einen unbeschränkten Genuss dieses Surrogates verbietet. Es wird empfohlen, nicht mehr als 250 g pro Tag zu erlauben. Ein ähnlich wirkendes Oel enthalten auch die aus den Keimlingen der Weizen- und Leguminosensamen hergestellten Mehle, die unter dem Namen *Fromentine* und *Legumine* zu Backwerk verschiedener Art verwendet werden.

Aus einem von *Hundhausen* in Hamm i. W. hergestellten *Klebermehl* lässt sich, wie Woltering (6) angiebt, mittels Hefe oder bequemer mittels Backpulver ein gut bekömmliches Diabetikerbrod darstellen, das einen etwas bitterlich säuerlichen Geschmack hat, der aber durch Rösten sich bedeutend verbessern soll. Das Klebermehl kostet pro kg 0.90 Mk. und enthält 76—79% Eiweiss und 2—4% Kohlehydrate. Jeffries (2) empfiehlt einen Brodersatz, hergestellt aus gleichen Theilen Kleie und Grahammehl mit zwei Eiern, doch unter Zusatz von Hefe oder Backpulver. Dieses Präparat enthält 17.72% Stärke. Schwieriger ist ein anderes Brod mit nur 4.57% Stärke herzustellen, indem man das Grahammehl durch fein gemahlenes Klebermehl ersetzt.

v. Lühdorf (34) stellt über alle Brodsurrogate ein sogen. *Fleischbrod*, das aus weich gekochtem, feingehacktem, von Knorpel und Sehnen befreitem Fleisch (halb Rind, halb Schwein) bereitet wird, indem man 2 Pfund davon mit 3½ Liter Brühe zum Kochen bringt und 1 Pfund (oder weniger) Buchweizenmehl und Gewürz dazu mengt. Die so erhaltene Masse lässt sich mehrere Tage aufbewahren und wird zum Genusse in Scheiben geschnitten und in Butter oder Fett braun gebraten.

Was die *Milch* angeht, so will sie Dujardin-Beaumetz (30. 134. 135) vollständig verbieten und nur bei albuminurischen Diabetikern allenfalls gestatten. Naunyn (99) hält sie dagegen nach seinen Erfahrungen für ein gutes Nahrungsmittel beim Diabetiker, das besonders dem unbemittelten Kranken am leichtesten erreichbar ist. Häufig kann man selbst Kranken, die auf kleinste Brodmengen mit Zuckerausscheidung reagiren, bis zu ½—¾ Liter Milch ohne solche geben.

Um den für manche Diabetiker nicht assimilirbaren Milchzucker völlig auszuschliessen und ihnen doch die Eiweissstoffe und das Fett der Milch zu Gute kommen zu lassen, empfiehlt Wright (162) die Herstellung einer zuckerfreien Milch auf folgende Weise: Die mit dem 3—4fachen Volumen Wasser verdünnte Milch wird mit Essigsäure (1—2 Th. auf 1000 Th. Flüssigkeit) versetzt. Der entstehende Niederschlag (Casein und Fett) wird nach dem Absetzen colirt, ausgewaschen und dann in einer blutwarmen 1proc. Lösung folgender Salzmischung gelöst:

Chlornatrium . . .	11.5	Magnesiumcitrat .	4.4
Chlorkalium . . .	9.9	Dicalciumphosphat	8.0
Monokaliumphosphat	13.8	Tricalciumphosphat	9.6
Dikaliumphosphat .	10.0	Calciumcitrat . .	25.5
Kaliumcitrat . . .	5.9	Calciumoxydhydrat	5.5
Dimagnesiumphosphat	4.0	Natriumcarbonat .	40.0

Die erhaltene Emulsion wird mit einer Spur Saccharin versüsst.

Ueber den Nutzen des *Saccharins* sind die Ansichten der Autoren ziemlich getheilt. Cantani (79) hält es für nicht frei von schädlichen Einflüssen und Worms (59) beschuldigt es, die Verdauung der Kranken zu stören, so dass sie appetitlos werden und in ihrem Ernährungzustand herunterkommen. Diesen Autoren stehen begeisterte Lobredner dieses Süssstoffes gegenüber, wie B. Hofmeister (105), der es allen Diabetikern unbedingt gestatten will, und Dujardin-Beaumetz (29, 60), der nur in ganz seltenen Fällen danach Leibschmerzen auftreten sah. Auch Eichhorst (5) hat bei ununterbrochenem Saccharingebrauch in 3 Fällen keinerlei Unbequemlichkeiten, noch krankhafte Erscheinungen beobachtet, meint aber, dass man die Kranken vor einer zu ausgedehnten Anwendung warnen müsse, da dann Brechneigung und Widerwille dagegen auftreten, Erscheinungen, die aber nach mehrtägigem Aussetzen des Saccharins vorübergehen. Sehr warm empfiehlt E. die Anwendung von *Saccharin-Cacao*. Zwar enthält Cacao nicht unerhebliche Mengen von Stärke, aber trotzdem vermehrte sich nach dem Gebrauche die Zuckermenge im Harn nicht, oder, falls der Harn zuckerfrei war, trat danach kein Zucker wieder auf. Doch muss man, wie Woltering (6) hervorhebt, bei der Verabreichung dieses Präparates individualisiren. W. selbst hatte, nachdem sein Harn zuckerfrei gewesen war, 2 Stunden nach Genuss von 10 g Saccharincacao 1.1% Zucker im Harn.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Die Anwendung der *Alkoholica* in der Diät des Diabetikers bespricht Pollatschek (41) in einer eigenen Broschüre. Er fasst die bisher vorliegenden Erfahrungen dahin zusammen, dass der Alkohol nur vorsichtig je nach der Wirkung gestattet werden darf, und zwar in Gestalt leichter, reiner, vollkommen ausgegohrener Tischweine. Weisse Weine sind vorzuziehen. Bier darf nur in mässiger Menge Verwendung finden und soll leicht und gut ausgegohren sein. Naunyn (99) und Dujardin-Beaumetz (129) halten Bier für sehr schädlich und rathen, auch den Wein, selbst wenn er leicht ist, mit Wasser zu verdünnen.

Auf den vielfach erprobten Nutzen der aktiven Muskelbewegung und der Massage weist B. Hofmeister (105) von Neuem hin. Nur ist jede Ueberanstrengung sorgfältig zu vermeiden. Dies erreicht man nach Aye (48) am besten durch die *schwedische Heilgymnastik*. A. berichtet über 3 Fälle von Diabetes mellitus, in denen durch eine heilgymnastische Kur im Verein mit antidiabetischer Diät sehr gute Resultate erzielt wurden. Die Kr. wurden anfangs mit passiven Bewegungen und später mit aktiven Uebungen, die möglichst viele und verschiedenartige Muskelgruppen in Thätigkeit versetzten, behandelt. A. macht darauf aufmerksam, dass besonders bei schwächlichen, leicht ermüdenden Kr. die Heilgymnastik vor allen anderen Muskelübungen den grossen Vorzug biete, dass sie bei der Wahl ihrer Verordnungen auf jeden Kräftezustand Rücksicht nehmen und jeder Muskelgruppe das ihr zuträgliche und förderliche Maass von Arbeit aufgeben könne.

2) *Medikamentöse Behandlung.*

Robin (64. 75) unterzieht die beim Diabetes mellitus angewendeten Arzneimittel vom Standpunkte seiner Theorie des Diabetes einer kritischen Untersuchung. Wie schon oben erwähnt wurde, schliesst er aus seinen Versuchen, dass beim Diabetiker nicht nur eine Steigerung des gesammten Stoffwechsels stattfindet, sondern auch eine vermehrte Thätigkeit bestimmter Organe, unter denen Leber und Nervensystem in erster Reihe stehen. Hieraus folgt, dass die Hauptaufgabe der Behandlung des Diabetes darin bestehen muss, die chemischen Vorgänge im Körper zu hemmen und nicht noch zu beschleunigen. Am Antipyrin zeigt R., dass ein Arzneimittel, das auf den Stoffwechsel und das Nervensystem lähmend wirkt, auch die Glykosurie vermindert. Aus den angeführten Versuchen an 2 Diabetikern geht hervor, dass unter dem Einfluss des Antipyrins zugleich mit der Verminderung des Zuckers eine Herabsetzung der Oxydation Hand in Hand geht, d. h. es vermehrt sich die Menge des unvollständig oxydirten Phosphors und Schwefels im Harn, und ebenso ist die Menge der unvollständig verbrannten N-Verbindungen im Verhältniss zum Harnstoff gesteigert. In gleicher Weise wird auch für die anderen Medikamente, die bei Diabetes mit günstiger Wirkung auf die Zuckerausscheidung angewandt worden sind, das Chininsulfat, die arsenige Säure, die Alkalien, das Bromkalium, das Codein und die Opiumpräparate, die von Villemin vorgeschlagene Combination von Opium mit Belladonna, der Nachweis zu führen gesucht, dass sie verlangsamend auf den allgemeinen Stoffwechsel und auf die sich im Nervensystem abspielenden chemischen Vorgänge wirken. Das Bromkalium scheint allerdings ausschliesslich letztere Umsetzungen zu beeinflussen. Dagegen haben alle die Medikamente, die erregend auf den Stoffwechsel wirken, der Sauerstoff, die Eisenpräparate, das Oleum Terebinth. crudum, Kaliumpermanganat und Kaliumchlorat, keine günstigen Erfolge beim Diabetes gezeigt. Das Strychnin und die Elektricität, die beide steigernd auf die Nerventhätigkeit wirken, haben ebenfalls keinen Einfluss auf die Glykosurie. Das Thallin, das nach R.'s Versuchen auf die Oxydation der stickstoff- und phosphorhaltigen Körper beschleunigend wirkt, hat auch auf die Zuckerausscheidung keine günstige Wirkung. Hiernach glaubt R. a priori behaupten zu dürfen, dass man bei der Behandlung des Diabetes von allen Medikamenten, die die chemischen Vorgänge im Organismus steigern, absehen müsse und nur mit solchen Mitteln Erfolg haben werde, die durch Vermittelung des Nervensystems den abnorm erhöhten Stoffwechsel verlangsamen.

Wenden wir uns von diesen Untersuchungen, die hauptsächlich zur Erklärung der Pathogenese des Diabetes angestellt sind, zu den Arbeiten, die rein therapeutische Zwecke verfolgen, so müssen wir zunächst des *Jambulsamens* gedenken, über dessen Wirkung mehrere Arbeiten vorliegen. Diese Droge stammt von der der Familie der *Myrtaceen* angehörigen Pflanze *Eugenia Jambolana Lamarck* (Syzygium Jambolanum De Cand.), die in Ostasien, Centralamerika und auf den Antillen einheimisch ist, bez. gebaut wird. Sie wurde zuerst von englischen und amerikanischen Aerzten im Jahre 1883 gegen Diabetes empfohlen. Eine Zusammenstellung der bisher erschienenen Mittheilungen, die über wechselnde Erfolge berichten, bringt Schuchardt (39). In Deutschland wurde die Anwendung des Mittels erst verbreitet, nachdem die Versuche Graeser's (57, 101) unter der Leitung von Binz an glykosurisch gemachten Hunden günstige Wirkungen gezeigt hatten. Die Versuchsthiere schieden bei Phloridzinbehandlung 5.89—12.45 Zucker pro Versuch aus. Durch gleichzeitige Beigabe des aus dem Jambulsamen hergestellten Extrakts sank die Zuckermenge auf 1.5—2.9, also um 5—9 Zehntel weniger als vorher. Schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Bezüglich der Erfolge bei der Behandlung der Diabetiker sind die Berichte nicht gerade günstig. Fichtner (62) hatte ein völlig negatives Resultat zu verzeichnen, die Zuckeraus-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

scheidung blieb gänzlich unverändert. Nach den Mittheilungen Posner's (175) ist ein gewisser Einfluss auf die Harnmenge sowohl, wie auf die Zuckerausscheidung unverkennbar. In dem einen Falle sank die Harnmenge von 4000 auf 2500, der Zucker von 200—300 g auf 100—150 g. Nach dem Aussetzen des Mittels trat erst ganz allmählich Verschlimmerung ein. Ein anderer Fall blieb, von einer geringen Verminderung der Zuckermenge abgesehen, unverändert. Dujardin-Beaumetz (153, 157) fand die Wirkung des Jambulsamens (er giebt 3—10 g pro die) bei schwerem Diabetes eher verschlechternd als bessernd. Bei Diabetikern von mittlerer Intensität, die einer strengen Diät unterworfen waren, schien das Mittel einen günstigen Erfolg zu haben. Kehrte der Kranke dagegen zu einer weniger beschränkten Diät zurück, so war das Resultat viel schlechter. Dubousquet-Laborderie (Diskussion 153) bestätigt diese Beobachtungen. Unter 5 Fällen sah er nur einmal unter dem Einfluss des Jambul den Zucker sich vermindern. In leichten Fällen verschwand der Zucker nur bei ganz strengem Regime. Günstige Erfolge werden von Mahomed (33) und Lewaschew (151) berichtet. Letzterer hat den Jambulsamen bei 8 Diabetikern mit gleichmässig gutem Erfolg angewendet. Der Zucker schwand nicht vollständig, aber es trat eine bedeutende Verminderung ein, auch die Harnmenge und die Polydipsie nahmen ab. Die erhebliche Besserung blieb auch nach dem Aussetzen des Mittels längere Zeit bestehen. L. glaubt, dass die ungünstigen Berichte anderer Beobachter auf schlechtes Material und Anwendung zu geringer Dosen zurückzuführen sind. Eine entsprechende Wirkung wird erst durch 20—40 g Jambulsamen pro die erzielt.

Das *Antipyrin* ist von Sée und Gley (18) bei mit Phloridzin glykosurisch gemachten Hunden studirt worden. Während Natr. bicarbonic. und Arsenik wirkungslos waren und Bromkalium nur eine leichte Abnahme der Zuckermenge bewirkte, hatte Antipyrin einen sehr merklichen Einfluss auf die Glykosurie.[1]) Sée (45. 50 [Diskussion]. 60) hat später auch bei Diabetikern das Mittel mit gutem Erfolge versucht. Bei „magerem" Diabetes und bei gleichzeitig bestehender Phthise blieb Antipyrin ohne Wirkung, dagegen liess sich in mittleren und leichteren Fällen oft das Verschwinden aller Symptome (auch solcher von Seiten des Nervensystems und der Haut) constatiren. Auch bei weniger strenger Diät zeigte sich bleibende Besserung. Dujardin-Beaumetz (30. 50. 129. 134. 135) hat das Antipyrin (2—4 g pro die) häufig bei Diabetes angewandt und lobt besonders die Wirkung auf die Polyurie. Unangenehme Erscheinungen sind von D.-B. bei Diabetikern nicht beobachtet worden. Ferner werden günstige Ergebnisse der Antipyrinbehandlung des Diabetes mellitus von Carreau (69) und Panas (50) mitgetheilt.[1]) Eichhorst (5) hat das Mittel auch in 1 Falle versucht, ohne eine günstige Wirkung zu erzielen, vielmehr traten Appetitverlust und Exanthem auf. So gute Dienste das Mittel auch bei der Mehrzahl der Diabetiker zu leisten scheint, so darf es doch, wie Robin (17) betont, nicht blindlings in allen Fällen angewendet werden. Vor allen Dingen soll man es nicht länger als 6—8 Tage geben, wenn sich der Harnzucker nicht um 25% vermindert, ebenso auch nicht, wenn zwar die Polyurie abnimmt, aber dabei das spec. Gewicht des Harns zunimmt. R. empfiehlt die Anwendung des Antipyrins vorzüglich dann, wenn es gilt Glykosurie oder Polyurie möglichst rasch zu mildern, oder wenn durch lange fortgesetzte Diät der Harnzucker bis zu einer bestimmten Grenze herabgedrückt ist.

Ueber den Nutzen des *Opium* und seiner beiden Alkaloide *Morphin* und *Codein* werden im Ganzen günstige Erfahrungen mitgetheilt. Nur Cantani (79) warnt direkt vor der Anwendung dieser Mittel, weil Opium den Verfall der Magendarmfunktionen beschleunige und die behauptete Verlangsamung des Stoffwechsels nur die Consequenz der verminderten Darmresorption und der vegetativen Gewebeparese sei. Auch Naunyn (99) ist nach seinen Erfahrungen nicht in der Lage, warm für das Opium einzutreten, während Pavy (122) meint, dass die Opiumpräparate mehr als alle anderen Mittel zur Heilung des Diabetes beitragen. Das Codein wird besonders von Novaro (9. 76) sehr empfohlen, der es in Pillen zu 0.05 3—5 Stück pro die giebt. Fraser (58) hat an Diabetikern vergleichende Versuche angestellt, in welchem Verhältniss Opium, Morphium und Codein auf die Polyurie und Glykosurie wirken. Aus diesen Versuchen geht hervor, dass Codein bei Weitem weniger wirksam als die anderen beiden ist. Die gleiche Verminderung der Harnmenge, des Zuckers und des Harnstoffs wird durch folgende Dosen bewirkt: 0.06 Morph. hydrochl., 0.18 Opium und 0.9 Codein.

Der übrigen Arbeiten, die sich mit medikamentöser Behandlung des Diabetes beschäftigen, braucht nur kurz Erwähnung zu geschehen. Für das *Chininsulphat* treten Worms (59) und Sée (45) auf Grund ihrer Erfahrungen ein. Dujardin-Beaumetz (30) hat *Phenacetin* und besonders *Exalgin* (Methylacetanilid) mit guter Wirkung auf

[1]) Bruschini (125) hat ausser Antipyrin auch Salol, Phenacetin und Sulphonal an Hunden geprüft, die durch Pankreasexstirpation diabetisch gemacht worden waren. Mit Ausnahme des Sulphonals, das in grossen Dosen die Zuckerausscheidung herabsetzte, waren die genannten Mittel völlig unwirksam.

[1]) Ueber 3 mit Antipyrin behandelte Diabetes-insipidus-Kr. berichtet Opitz (66). Die Symptome schwanden in 2 Fällen gänzlich, in dem einen sogar mit dauerndem Erfolg. Im 3. Fall trat wesentliche Besserung ein. O. glaubt, das Mittel dringend empfehlen zu können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

die Zuckerausscheidung angewendet. Diese günstige Meinung wird von Sée (45) indess keineswegs getheilt. Weller (21) und Oliver (82) loben die Wirkungen des *Cocains*. Letzterer hebt besonders das gänzliche Verschwinden der bestehenden Obstipation und die Besserung der nervösen Symptome hervor. Injektionen von *Ergotinin* (Tanret) hat Laurens (132) gemacht und behauptet, hierdurch und durch Vichy-Wasser ohne Aenderung der Diät einen fetten Diabeteskranken mit Polyurie und Herpes dauernd geheilt zu haben. Ein schnelles Verschwinden der Glykosurie sah Valentino (77) bei 2 Kr., die der Cantani'schen Diät widerstanden hatten, bei Anwendung von *Kreosot*, zuerst 4, dann 10 Tropfen pro die. Auch bei gemischter Diät erschien kein Zucker wieder im Harn. Eichhorst (5) hatte in einem Falle mit *Arsenik* [1]) sehr gute Erfolge, indem der Zucker gänzlich verschwand. Auch nach dem Aussetzen blieb der Harn monatelang zuckerfrei. Bei einem anderen Patienten liess dieses Mittel allerdings völlig im Stich. Dujardin-Beaumetz (30. 134. 135. 157) giebt nach dem Vorgange Martineau's Arsenik in Verbindung mit Lith. carbonicum. Der Kr. nimmt vor jeder Mahlzeit eines der folgenden Pulver in Vichy-Wasser: Lithii carbonic. 10.0, Divide in p. aequ. Nr. XXX. Zu jedem Glase werden 2 Tropfen Sol. Fowleri zugesetzt. Diese Combination soll besonders bei Diabetes arthritischen Ursprungs von grossem Nutzen sein. Poulet (130) hat in mehreren Fällen vom Gebrauch des *basisch-hippursauren Calcium*, das er in Lösung (10:150) innerlich gebrauchen lässt, sehr günstige Wirkungen, besonders bei bestehenden dyspeptischen Symptomen, gesehen. Das Mittel wird gut vertragen und kann beliebig lange genommen werden.

Dass die *Alkalien* die antidiabetische Diät wirksam unterstützen können, geht aus den Versuchen Livierato's (54) hervor. Es hat sich gezeigt, dass durch die Darreichung von Alkalien zwei Vortheile erzielt werden: 1) die leichtere Verbrennung des Zuckers, womit die Anhäufung der für den Organismus gefährlichen Zersetzungsprodukte vermieden wird; 2) verschafft die Verbrennung des Zuckers dem Organismus einen Theil jener chemischen Energie, aus der er seine Kräfte schöpft.

Unter dem Einfluss der *Milchsäure* wurde von L. ebenfalls eine Steigerung der CO_2-Ausscheidung beobachtet, aber der Zuckergehalt des Harns erleidet keine entsprechende Herabsetzung. Die Milchsäure kann also nicht wie die Alkalien die Umsetzung des Zuckers beeinflussen, sondern ist nur dadurch von Nutzen, dass sie entweder die Verdauung des Fleisches begünstigt oder als Brennmaterial dient.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass die Anwendung der *Mineralquellen*, in erster Linie von Karlsbad, allgemein günstige Beurtheilung findet (Worms [59], Eichhorst [5], Cantani [79]). Seegen (23) meint, dass nur bei den leichten Diabetesformen Karlsbad mit Erfolg anzuwenden sei. Auch Naunyn (99) spricht sich dahin aus, dass die Wirkung bei dieser Krankheitstufe geradezu überraschend sei, und räth, jeden Kranken dieser Form nach Karlsbad zu schicken, wenn es nicht gelingt, ihn zu Hause zuckerfrei zu machen. Dass in der Heimat ausgeführte Karlsbader Kuren nicht so günstig wirken, liegt nach N.'s Ansicht vielleicht daran, dass der starke Kohlensäuregehalt fehlt, durch den möglicherweise die Resorption des Wassers beschleunigt wird. [1])

[1]) Von Arsenik eben so wenig, wie von Carbolsäure und salicylsaurem Natron hat Naunyn (99) jemals einen wirklichen Erfolg gesehen.

[1]) Die neuesten Arbeiten über Diabetes werden demnächst in einer weiteren Zusammenstellung besprochen werden.

C. Bücheranzeigen.

16. **Studien über die Specificität, den Altruismus und die Anaplasie der Zellen, mit besonderer Berücksichtigung der Geschwülste**; von Dr. David Hansemann, Assistent am pathol. Institut zu Berlin. Berlin 1893. A. Hirschwald. Gr. 8. 94 S. mit 13 Tafeln. (8 Mk.)

Die vorliegende Schrift enthält in weiterem Ausbau die Darstellung der von H. seit mehreren Jahren in verschiedenen Abhandlungen vorgetragenen Anschauungen über die Differenzen der Gewebe untereinander und namentlich der physiologischen Gewebe gegenüber den bösartigen Tumoren, soweit sie in morphologischen Eigenthümlichkeiten der Mitosenformen zum Ausdruck kommen. Diese Anschauungen basiren darauf, dass jedes einzelne Gewebe seine specifische Mitosenform besitze, durch welche es von anderen Geweben zu unterscheiden sei, und dass Uebergänge dieser Formen nicht vorkommen, somit die Lehre von der Metaplasie hinfällig werde. Um diese Angabe zu bekräftigen, hat H. eine grosse Reihe von Mitosen verschiedener Stadien aus verschiedenen Geweben in photographischer Abbildung dem Texte beigefügt, deren Wiedergabe im Allgemeinen das Wesentliche erkennen lässt, wenn auch die Güte mancher

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Bilder, namentlich für die Lupenbetrachtung, durch den Druck beeinträchtigt worden ist (Lichtdruck von *Alb. Frisch* in Berlin. Die Ausführung ist übrigens, wie auch die Gesammtausstattung des Buches, lobenswerth). H.'s thatsächliche Angaben betr. der Besonderheiten der Mitosenformen sind folgende.

In Bezug auf die *Grösse der Theilungsfiguren* folgen die Zellarten in aufsteigender Linie in der Reihenfolge: Lymphocyten, Epithelien der *Lieberkühn*'schen Krypten, Niere, Leber, Haarfollikel, Talgfollikel, Gefässepithelien, Epidermiszellen; zwischen den beiden letzteren stehen noch die Bindegewebezellen und die Zellen mehrschichtiger Schleimhäute. Die Gleichheit der Grösse der Lymphoblastenmitosen aus den Keimcentra der Lymphdrüsen mit Lymphocytenmitosen innerhalb des Blutes lässt den Schluss zu, dass die letzteren Mitosen nicht etwa von Endothelzellen oder anderen Wanderzellen, sondern eben von mit den Lymphdrüsenzellen identischen Zellen gebildet wurden. Betreffs der Grösse der ganzen Zelle giebt H. an, dass bei Beginn der Mitose die Verschiedenheit zwischen den einzelnen Geweben geringer sei, als bei den ruhenden Zellen. Zahlenangaben hat H. nicht beigefügt, weil sie „erfahrungsgemäss ermüdend wirken und doch zu keinem Resultat führen", namentlich weil sich aus der Bestimmung der *Flächen*grössen das Volumen nicht abschätzen lasse. [Ref. gesteht, dass ihm derartige Zahlenangaben immerhin recht wünschenswerth erscheinen, der Vorwurf willkürlicher Auswahl der photographischen Abbildungen würde durch die aus grossen Reihen von Einzelmessungen gewonnenen Durchschnittzahlen ohne Weiteres hinfällig gemacht werden können; 3 Durchmesser lassen sich ja an jeder Figur feststellen.]

Von *achromatischen Figuren* zeigen die Centrosomen in Zellen des gleichen Gewebes erhebliche Unterschiede der Grösse; am besten sind sie an Epidermiszellen erkennbar und die höchste Grösse zeigen sie in Carcinomen. An ruhenden Zellen sind sie von H. nur bei polynucleären Leukocyten und Bindegewebezellen gefunden worden. Sehr constant sind die Formen der achromatischen Spindel, namentlich der von dieser gebildete Winkel am Centrosoma bietet stets gleiche Bilder; die einzelnen Gewebe unterscheiden sich in dieser Beziehung bedeutend, am spitzesten ist der Winkel in der Epidermis, dann folgen Talgfollikel, Haarfollikel, zuletzt Gefässepithel- und Lymphzellen. Bisweilen kommen gebogene Spindeln vor. Die achromatischen Verbindungsfäden sind bei Epidermiszellen stark, bei Endothelzellen zart, aber deutlich.

Die Grössendifferenzen der *Chromosomen* sind am deutlichsten im Monasterstadium zu erkennen; der Zeitpunkt, zu welchem ihre grösste Länge erreicht ist, wechselt bei den einzelnen Geweben ebenso, wie die Dauer dieses Höhestadium. Im entwickelten Monasterstadium haben die Gefässepithelzellen die längsten Chromosomen; bei den Epidermiszellen tritt diese Längenausbildung schon früher ein. Bei ersteren erfolgt eine Zusammenziehung der Figur im Dispirem, während zuletzt noch einmal eine Auflockerung stattfindet; bei letzteren fehlen diese Besonderheiten. Den Epidermisformen gleichen diejenigen bei Haar- und Talgfollikelzellen. Die *Lieberkühn*'schen Kryptenzellen haben sehr dünne lange Chromosomen mit Neigung zur Verklumpung; die kürzesten Chromosomen finden sich bei den Lymphoblasten, sie zeichnen sich ausserdem vor allen anderen Zellen durch eine Neigung zu kolbigen Endanschwellungen aus. Die Zahl der Chromosomen ist sicher höher als 24, lässt sich aber bei den menschlichen Zellen nicht bestimmen. Zahldifferenzen zwischen den Gewebeformen sind deshalb auch nicht festzustellen; vielleicht ist die Zahl in Epidermiszellen höher als in Gefässepithelzellen.

Der *Theilungsraum* ist bei Epidermiszellen, Haar- und Talgfollikeln sehr scharf, wie wenn er eine eigene Membran besässe, er enthält eine schwach färbbare homogene Substanz. Bei Gefässepithelzellen und *Lieberkühn*'schen Kryptenepithelien ist er fast immer vorhanden, aber von unregelmässiger Form und nicht scharf begrenzt; in Lymphoblasten fehlt er ganz. H. glaubt, dass er durch Schwund der Zellgranula zu Stande komme, welcher in den verschiedenen Zellarten verschieden stark zur Ausbildung komme. Die physiologische Deutung dieses Granulaschwundes liege darin, dass er eine Art Rückkehr der Zelle von der specifischen individuellen Ausbildung zum Arttypus darstelle.

Die *Theilung der ganzen Zelle* folgt der des Kernes bei Lymphocyten sehr frühzeitig, bei den anderen Zellen bietet sie keine Besonderheiten. Unter pathologischen Verhältnissen ist sie häufig verzögert, oder bleibt auch ganz aus, was z. B. häufig bei Mehrtheilungen der Fall ist.

Die *Dauer der einzelnen Phasen* des mitotischen Vorgangs bietet wahrscheinlich bei einzelnen Geweben, wie bei verschiedenen Individuen Unterschiede, welche aber nicht so gross zu sein scheinen, als vielfach angenommen wird. Als charakteristisches Beispiel solcher Unterschiede nennt H. die Zellen der *Lieberkühn*'schen Krypten. Auch die Gesammtdauer des Theilungsvorgangs variirt wahrscheinlich, z. B. scheinen die Epithelzellen der Epidermis längere Zeit zu brauchen, als die der Gefässe. Indessen spielt hierbei bei der Bestimmung der in der Zeiteinheit auftretenden Mitosen ein schwer bestimmbarer Faktor mit, nämlich die Dauer der Ruhepause, welche von den Ernährungsbedingungen (z. B. Sauerstoffzufuhr) abhängig zu sein scheint, aber auch von anderen Momenten (so folgt der Reizung z. B. bei Epithelzellen die Kerntheilung viel früher als bei Bindegewebezellen, die „Incubationszeit" der letzteren ist länger).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Die *Lage des Kerns* verändert sich bei bipolaren Zellen, z. B. Cylinderepithelien, durch Wanderung vom Fussende der Zelle nach dem distalen Ende. Die *Lage der zur Mitose* neigenden Zellen ist in manchen Organen fest bestimmt, so in den Keimcentren der Lymphdrüsen, in den basalen Schichten der Epidermis (im Gegensatz dazu sind die Karyokinesen im Carcinom regellos vertheilt). In der Umgebung der Gefässe proliferiren vorzugsweise die Bindegewebezellen (H. leitet sogar Bindegewebezellen direkt von den Capillarwandungen ab); die Karyokinesen der Capillarzellen selbst liegen bei vordringenden Gefässen eines Granulationsgewebes immer einige Zellenlagen von der Gefässspitze rückwärts.

Auf Grund dieser Befunde ist H. der Ansicht, dass jedes Gewebe seine specifische Mitosenart besitze; da ferner niemals Uebergänge beobachtet werden, so kann eine Metaplasie im Sinne mancher Autoren, wie z. B. v. Recklinghausen's, dass also etwa aus Epithelzellen Bindegewebe werde u. Aehnl., nicht zugegeben werden. Die Mitosen sind am meisten typisch bei den Vorgängen der Regeneration und Hypertrophie, bei der Entzündung erscheinen sie etwas „voller", aber noch ganz typisch. Die „Uebergangsbilder" *ruhender* Zellen, aus welchen bisher vorwiegend die Anschauungen über das Vorkommen von Metaplasien gewonnen worden sind, genügen nicht zur Begründung dieser Anschauungen; die Bemerkungen H.'s über den Werth, bez. Unwerth dieser Schlüsse aus „Uebergangsbildern" hält Ref. für sehr treffend.

Die Entstehung der gedachten Zellenspecificität erklärt H. weiterhin in ausführlicher Darstellung nach den modernen entwicklungsgeschichtlichen Theorien über Zellenvererbung, indem er eine *qualitativ ungleiche Zellentheilung* im embryonalen Leben annimmt. Schon bei der Eifurchung ist der Theilungsakt bei manchen Thieren von Erscheinungen begleitet, welche deutlich eine Ungleichheit der bei der ersten Zellentheilung entstandenen Tochterzellen beweisen. Sogar morphologische Verschiedenheiten der beiderseitigen Chromosomen kommen dabei vor (Häcker). Derartige inäquale Theilungen erfolgen wahrscheinlich weiterhin im Verlaufe der embryonalen Entwickelung wiederholt und grenzen, indem dann auf die einmalige inäquale Theilung eine Reihe von äqualen zur Vermehrung des neu entstandenen Typus erfolgt, „Generationsstadien" ab, welche in absteigender Linie immer mehr und mehr vom Typus der Eizelle verschiedene Zellen erzeugen. Enthält die Eizelle alle Idioplasmen für den Organismus in gleicher Zahl, z. B. 6a + 6b + 6c, so kann eine inäquale Theilung sie in 4a + 3b + 3c und 2a + 3b + 3c theilen und jede dieser Zellarten kann nun weiterhin ihr gleichartige oder wieder inäquale Generationen erzeugen; so entstehen zahlreiche Variationen, deren letzte Reihen der Urzelle am meisten unähnlich, d. h. am stärksten differenzirt, specificirt sein müssen. Gewisse Sorten von Idioplasmen müssen in den Zellenarten überwiegen als „Hauptplasmen", andere treten als „Nebenplasmen" mehr und mehr zurück. Das Missverhältniss zwischen beiden nimmt mit der Zahl der Generationstadien, bez. mit der Zelldifferenzirung zu. Doch enthalten alle Zellen, wie H. mit Weismann contra Bard annimmt, Haupt- und Nebenplasmen, nur schon von Anfang an in verschiedener Zahl: contra Hertwig, dessen Ansicht dahin geht, dass alle Zellen anfangs die gleiche Plasmenzahl besitzen, dass sich aber ihre Specificität, also die Ausbildung von Hauptplasmen, durch die funktionelle Thätigkeit der einzelnen Zellenarten allmählich herausbilde. Der Beweis für diese Ansicht liegt nach H. darin, dass die grösste Regenerationsfähigkeit (d. h. Fähigkeit zur Bildung verschiedener Gewebeformen) denjenigen Geweben zukomme, welche durch die wenigsten „Generationsstadien" von der Eizelle, als der Stammzelle sämmtlicher Gewebe, entfernt seien. So liegen z. B. die Keimzellen selber regelmässig nur wenige Generationstadien, bei manchen Thieren nur ein einziges, von der Eizelle entfernt; ferner besitzen die niederen Thiere mit wenigen Generationstadien die grösste Regenerationsfähigkeit (Medusen, Eidechsen u. s. w.).

Ein wesentlicher Punkt in der H.'schen Theorie ist nun weiterhin der, dass die ungleich getheilten Zellen, also im obigen Beispiel die Zellen 4a + 3b + 3c und 2a + 3b + 3c, nach der Theilung durch Wachsthum genau das doppelte Maass von Idioplasmen bilden, also im ausgewachsenen Zustand 8a + 6b + 6c und 4a + 6b + 6c bedeuten. Hieraus ergiebt sich, dass die Zahl der Idioplasmen nach jeder Theilung immer ein Vielfaches von denen in der Eizelle darstellt, oder mit anderen Worten, dass der Organismus unvollständig sein würde, wenn dieses Verhältniss gestört würde. Da nun die Idioplasmen sich verschieden auf die einzelnen Organe vertheilen, so ergiebt sich, dass letztere sämmtlich einander gegenseitig benöthigen; jedes bedarf zu seiner Existenz der anderen, ein Verhältniss, welches H. als *Altruismus* bezeichnet. In der Thatsache, dass der Ausfall bestimmter Organe, wie der Lungen, Nieren, Nebennieren, des Pankreas u. s. w., den Tod des Organismus veranlasst, sieht H. den Ausdruck dieses „Altruismus" und damit gleichzeitig den Beweis für seine Annahme der qualitativ ungleichen Zelltheilung. Betreffs der Ausführung dieser Punkte im Einzelnen kann hier nur noch der Ansicht H.'s gedacht werden, dass die Organe, speciell die sekretorischen, neben der „negativen" Funktion, d. h. der Ausscheidung verbrauchter Stoffe, noch eine „positive", nämlich die Bildung für den Gesammtorganismus wichtiger Stoffe, besitzen, so z. B. die Leber, das Pankreas (Diabetes!) und, wie H. annimmt, auch die Nieren. Diese *positive* Funktion ist das Wesentliche für den Altruismus, erst

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

nach ihrem Ausfall tritt, etwa bei Untergang des einen von zwei gleichen Organen, z. B. der Nieren, vicariirende Hypertrophie des zurückgebliebenen Organs ein. Am wichtigsten erscheint der Altruismus bei den Geschlechtszellen, welche die „Antagonisten" des ganzen übrigen Organismus sind. So sind zahlreiche Pflanzen nach Ausbildung der Frucht zum Untergang bestimmt; bei zahlreichen Thieren erfolgt der Tod in kürzester Zeit nach Ausübung der Geschlechtsfunktion und auch beim Menschen ist der Ausfall der Geschlechtszellen maassgebend für das Eintreten der Altersvorgänge, bez. des Todes. Im Allgemeinen bezeichnet H. das Verhältniss so, dass mit dem Aufsteigen der Thierreihe die Bedeutung der Abgabe der Geschlechtszellen für die Geschwindigkeit des Untergangs des Gesammtorganismus in dem Maasse abnehme, als diese Zellen quantitativ gegenüber dem Körpergewicht zurücktreten. Andererseits zeigt sich bei der Entwickelung der Geschlechtszellen ein zweiter, den Altruismus charakterisirender Vorgang, nämlich die jener Entwickelung parallel gehende Entwickelung anderer Organe, z. B. der Barthaare u. Aehnl. Es müssen eben nach H. dem Schwund *einer* Idioplasmenform Schwund der entsprechenden anderen und der Vermehrung *einer* Idioplasmenform Vermehrung der anderen mathematisch folgen.

Nach diesen Darstellungen besteht also der Organismus aus einer Summe specifischer Zellarten, welche durch den Besitz bestimmter Idioplasmen charakterisirt sind und untereinander in inniger Beziehung stehen. Im ausgebildeten Organismus sind sie auf der Höhe der Differenzirung angelangt. Für die Beurtheilung der Constanz der Art ist allein die Zahl der Chromosomen während der Theilung brauchbar. Diese ist nun zwar nicht absolut bestimmend für die Art der Zellen, wie z. B. die Entwickelung künstlich ihres Kernes beraubter Eizellen nach Befruchtung mit einer Samenzelle beweist, indessen giebt es doch nur vereinzelte physiologische Vorgänge, bei welchen eine Chromosomen-Vermehrung oder -Verminderung stattfindet. Eine physiologische Vermehrung ist nur bei der Befruchtung der Eizelle durch die Samenzelle bekannt; eine physiologische Verminderung findet sich bei Ei- und Spermazellen bei der sogenannten Reduktionstheilung, bei welcher einer Kernhalbirung sofort in den Tochterzellen, ohne dazwischenliegendes Ruhestadium, eine zweite folgt, so dass die nunmehr entstehenden Kerne nur je ein Viertel des ersten Kernes repräsentiren. Pathologischer Weise kommen *Vermehrungen* nach Hertwig's Experimenten bei gehemmtem Theilungsablauf vor, wobei nach Aufhören des hemmenden Reizes statt einer Zweitheilung sofort eine Viertheilung des Kernes erzielt wurde. Hierher rechnet nun H. auch die pluripolaren, sowie die hyperchromatischen bipolaren Riesenzellen aus Regenerations-, Entzündungs- oder Geschwulstgeweben; auch die Zellen mit in das Protoplasma versprengten, bez. daselbst untergehenden Chromosomen gehören dahin. *Verminderung* der Chromosomen aber kommt in den bösartigen Geschwülsten in Form der *asymmetrischen* und der *hypochromatischen Kerntheilung* vor; erstere findet sich, wie H. auch jetzt noch trotz des Widerspruches einiger Autoren behauptet, ausschliesslich in Carcinomen, letztere auch in Sarkomen. Auch Kerntheilungen mit versprengten Chromosomen sind hier zu erwähnen. Wie nun jene oben genannte „Reduktionstheilung" eine wesentliche physiologische Umgestaltung der betr. Zellen bedeutet, indem durch dieselbe aus einer somatischen Zelle eine solche mit selbständiger Existenz und Entwickelungsfähigkeit entsteht, so hält H. auch für die Chromosomenverminderung in den Tumoren die Möglichkeit aufrecht, sie als den Ausdruck einer *Anaplasie* der Zellen, d. h. einer Rückkehr von einem differenzirteren Zustand in einen weniger differenzirten, mit grösserer selbständiger Entwickelungsfähigkeit begabten, aufzufassen. Dass thatsächlich eine solche Umwandlung des Zellencharakters entstehe, dafür findet sich noch eine Anzahl anderer Kennzeichen. Zunächst besteht eine deutliche Verschiedenheit der Karyokinesen der Geschwulststromata gegenüber denen der eigentlichen Geschwulstzellen. Erstere zeigen immer nur das gleiche Verhalten, wie bei Regeneration, Hypertrophie und Entzündung, während letztere eben allerlei Unregelmässigkeiten aufweisen. Weiterhin sind diese Unregelmässigkeiten um so auffallender, je mehr der Tumor, bez. seine Metastasen sich von dem Typus des Muttergewebes entfernen. In dieser Beziehung konnte H. auch zwischen dem Primärtumor und seinen Metastasen bisweilen deutliche Unterschiede feststellen. Dann ist besonders die Fähigkeit der Geschwulstzellen, auf fremdem Boden anzuwachsen und sich daselbst zu erhalten, gegenüber physiologischem, selbst embryonalem Gewebe, bemerkenswerth; sie deute auf die grössere Entwicklungselbständigkeit der Geschwulstzellen, oder, nach H.'s Ausdruck, ihr Altruismus ist geringer geworden. Von geringerer Bedeutung ist nach H. die funktionelle Veränderung, es können vielmehr die Geschwulstzellen positive, wie negative Funktionen des Muttergewebes ausführen (z. B. kommen Leberkrebse mit Gallebildung seitens der Krebszellen vor), und der Verlust gewisser Funktionen (z. B. Verhornung, Bildung bestimmter Sekretstoffe) kann auch bei chronischen Entzündungen zu Tage treten. Auch die Thatsache der, allerdings selten beobachteten, Beweglichkeit der Carcinomzellen reicht nicht aus, um eine Zellveränderung im Sinne der „Anaplasie" zu beweisen. Den raschen Untergang der Krebszellen bezieht H. auf pathologische Ernährungstörungen verschiedener Art, namentlich auch bei manchen Krebsen, z. B. der Haut, als Folge des Fehlens der Schutzorgane (Horndecke). Die normale Krebszelle sei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

an sich nicht hinfälliger, als die normalen Gewebezellen.

Da durch den anaplastischen Vorgang nach der H.'schen Theorie wieder relativ mehr Nebenplasmen in der Zelle auftreten müssen, so würde eine Entstehung weniger differenzirter Zellformen in einem Carcinom zu erwarten sein. Als solche deutet H. den von ihm bei malignen epithelialen Ovarialtumoren erhobenen Befund auffallend grosser Zellen, welche richtigen Eizellen analog zu sein schienen.

Für die *gutartigen* Tumoren sind einstweilen noch keine auf Anaplasie deutenden Mitosenformen nachgewiesen worden, so dass die Theorie der anaplastischen Umwandlung der Geschwulstzellen bis jetzt auf die bösartigen Tumoren beschränkt bleibt.

Erwähnung verdient noch eine eingeschobene Erörterung H.'s über die Differentialdiagnose zwischen Carcinom und Sarkom. Die direkte Entwickelung der Krebskörperzellen aus den Zellen des Mutterorganes ist aus den Uebergangsbildern nur sehr schwer zu erkennen. Noch weniger gestattet das mikroskopische Bild der Zelle selbst die Diagnose, ob es sich um eine epitheliale oder eine bindegewebige Zelle handele. Diese Diagnose ist nur nach der Situation zu stellen, und diese wieder ist in Tumoren nicht immer maassgebend. Denn genau wie in Carcinomen kommen alveoläre Strukturen auch in Sarkomen vor, wie denn jedes Sarkom seinen Sarkomkörper und sein Stroma besitzt. [Die Angaben H.'s entsprechen in dieser Beziehung durchaus den vom Ref. in Beitr. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. IX. 3. 1891 mitgetheilten. Ref. darf sich wohl auch für die Darlegung der Bedeutung des *Funktionsmangels* der Geschwulstzellen, sowie der principiellen Differenz der letzteren gegenüber den Stromazellen in dieser Beziehung, für welche die H.'sche Angabe der Mitosendifferenz ein werthvoller Beitrag ist, die Priorität wahren.] Unter diesen Umständen greift H. wieder zu der alten Waldeyer'schen Differentialdiagnose; je nachdem die Geschwulstzellen Intercellularsubstanz bilden und hierdurch sich mit dem Stroma verbinden oder nicht, spricht er von Sarkomen und Carcinomen; ob dieser Ausweg besonders glücklich ist, lassen wir dahingestellt.

Der hier kurz wiedergegebene Inhalt des H.'schen Buches ist im Original mit unzweifelhaft grossem Geschick und einer gründlichen Kenntniss der einschlägigen Literatur der Entwickelungsgeschichte, Zoologie u. s. w. durchgeführt, so dass dem ganzen Werk entschiedene Anerkennung gebührt. Freilich ist der positive Werth der ganzen Entwickelungstheorie, auf welcher der Gesammtaufbau beruht, keineswegs sichergestellt, und zahlreiche Einwürfe lassen sich nicht nur gegen die Theorie, sondern auch gegen manche andere Punkte erheben, die an dieser Stelle nicht ausgeführt werden können. So sehr das Bestreben, den Besonderheiten der Geschwulstzelle gegenüber den normalen Gewebezellen eine anatomische Grundlage zu geben, anzuerkennen ist, so scheint doch der Weg H.'s, namentlich nach den gewichtigen, von H. zu kurz übergangenen Einwendungen Stroebe's, noch nicht zum Ziele führen zu können. Jedenfalls ist die Vorsicht, mit welcher H. seine theoretischen Anschauungen zum Vortrag bringt, gewiss angebracht gewesen.

Wir erwähnen im Anschluss hieran zwei kürzere Artikel H.'s [1]) aus demselben Gebiet. Der erstere ist im Wesentlichen polemischer Natur und deckt sich in seinen Angaben mit denen des 3. Capitels, der „Studien über die Specificität u. s. w.". Der zweite referirt über die neuesten Arbeiten über die parasitäre Natur des Carcinoms (Adamkiewicz, Geissler, Pfeiffer, Karotneff, Foà, Burchardt, Flexner) und bildet einen energischen Angriff gegen die Unzulänglichkeit dieser Versuche, den Krebsparasiten nachzuweisen; Ref. schliesst sich demselben heute in derselben Ueberzeugung an, welche er in seinem Referat über das Carcinom (Jahrbb. CCXXXIV. p. 73. 1892) zum Ausdruck gebracht hat. Beneke (Braunschweig).

17. **Einführung in das Studium der Bakteriologie, mit besonderer Berücksichtigung der mikroskopischen Technik**; von Dr. C. Günther. 3., verm. u. verbesserte Aufl. Leipzig 1893. Georg Thieme. Gr. 8. VIII u. 376 S. mit 72 Photogrammen. (10 Mk.)

Von G.'s „Einführung in das Studium der Bakteriologie" ist soeben die 3. Auflage erschienen, ein neuer Beweis, nicht nur für die immer grösser werdende Werthschätzung, die man der bakteriologischen Wissenschaft entgegenbringt, sondern auch für die Trefflichkeit gerade dieses Werkes. In der That vermag wohl auch keines der in- und ausländischen Lehrbücher (soweit sie dem Ref. bekannt sind) mit dem vorliegenden an Inhalt, Darstellung und Ausstattung zu wetteifern. Dabei hat G. überall, in der Morphologie, wie bei der Immunität, bei der Mischinfektion, wie in der Frage der Cholera u. s. w., die allerneuesten Errungenschaften aufgenommen und dadurch nicht nur für das Studirzimmer des Arztes, sondern auch für den Arbeitstisch des Bakteriologen ein vortreffliches Werk geschaffen. Nowack (Dresden).

18. **Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen u. s. w.**; von P. Baumgarten. VII. Jahrgang 1891. Braunschweig 1893. Harald Bruhn. Gr. 8. 919 S. (22 Mk.)

Der vorliegende Jahrgang 1891 ist der umfangreichste geworden von den bisher erschienenen 7 Jahrgängen des Baumgarten'schen Jahres-

[1]) Ueber die Anaplasie der Geschwulstzellen und die asymmetrische Mitose. Virchow's Arch. CXXIX. 3. 1892. — Kritische Bemerkungen über die Aetiologie der Carcinome. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 1. 1894.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

berichtes. Er enthält die Referate über nicht weniger als 1269 [!] Publikationen auf dem Gebiete der Bakteriologie, obwohl der in den früheren Jahrgängen enthaltene Abschnitt über „Saprophytische Mikroorganismen" ganz ausgelassen ist und auch die Abschnitte über „Allgemeine Morphologie und Biologie", soweit sie sich auf von rein saprophytischen, bez. gährungserregenden Mikrobien handelnde Arbeiten erstrecken, eine wesentliche Kürzung erfahren haben.

Es wird von B. bezüglich dieser Capitel auf den im gleichen Verlage erscheinenden „Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den Gährungsorganismen von Privatdocent Dr. Alfr. Koch in Göttingen" verwiesen, und zwar nicht allein für den vorliegenden Bericht von 1891, sondern auch für die künftighin erscheinenden Jahrgänge, indem der Baumgarten'sche Jahresbericht von nun ab nur noch über die Fortschritte in der Lehre von den *pathogenen* Mikroorganismen berichten soll.

Der ungewöhnliche Umfang des diesmaligen Jahresberichtes ist durch die im Jahre 1891 so ausserordentlich reiche Literatur über den Tuberkelbacillus, speciell über die Behandlung der Tuberkulose mit Tuberkulin bedingt, welche allein 281 Referate umfasst.

Die Bewältigung dieses Materials erforderte auch einen so grossen Zeitaufwand, dass dadurch die Ausgabe des Jahresberichtes ungewöhnlich verzögert wurde und das Capitel über den Tuberkelbacillus, als zuletzt vollendet, an den Schluss des Bandes gesetzt werden musste. Das so umfangreiche Capitel ist nach den verschiedenen behandelten Fragen sehr übersichtlich geordnet und ist zweifellos das interessanteste des diesjährigen Jahresberichtes, dessen Werth durch die äusserst sorgfältige und erschöpfende Bearbeitung gerade dieses Capitels besonders erhöht wird.

Von Interesse sind die kritischen Bemerkungen des Herausgebers selbst sowohl zu den die Tuberkulinbehandlung betreffenden Arbeiten, als auch speciell zu den über Contagiosität und erbliche Uebertragung der Tuberkulose handelnden Publikationen.

Freilich bleibt es schwer verständlich, warum B. die Bedeutung der extrauterinen Infektion so sehr herabzusetzen sich bemüht und nur der erblichen Uebertragung das Wort redet, welche ja wohl zweifellos vorkommt, aber, wie dies auch die interessanten experimentellen Untersuchungen Gärtner's und anderer Autoren ergeben haben, bei der Heredität der Tuberkulose doch offenbar nur eine äusserst geringe Rolle zu spielen vermag.

Hauser (Erlangen).

19. **Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten**; nach dem heutigen Stande der Wissenschaft bearbeitet von Dr. I. Boas. II. Theil: *Specielle Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten.* Leipzig 1893. Georg Thieme. Gr. 8. 238 S. mit 8 Holzschnitten. (8 Mk.)

Der zweite Theil des Boas'schen Buches hat die specielle Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten zum Gegenstande, die in 7 Capiteln: „akuter und chronischer Magenkatarrh, rundes Magengeschwür, Atonie des Magens, Lageveränderungen des Magens und seiner Nachbarorgane, Magenerweiterung, Magenkrebs und Magenneurosen" abgehandelt werden. Das Werk hat viele und grosse Vorzüge, vor Allem ist es klar und bündig geschrieben, die Krankheitschilderungen sind anschaulich und treu gegeben und werden durch einige gute Abbildungen vervollständigt. B. berücksichtigt sowohl alle alten klinischen Erfahrungen, als auch die Ergebnisse der modernen Forschung auf klinisch-experimentellem Gebiete unter der Beleuchtung einer durch reiche persönliche Erfahrung geschärften Kritik, so dass er, wie es der Titel besagt, dem „heutigen Stande der Wissenschaft" vollkommen gerecht wird. Die einzelnen Krankheitsbilder sind vielleicht ab und zu etwas zu stark schematisirt dargestellt, besonders bei Besprechung der Differentialdiagnose, doch ist dies im Allgemeinen kein Nachtheil für ein Buch, in dem sich hauptsächlich der an Erfahrungen in diesem Gebiete weniger reiche Arzt Rath holen soll. Trotzdem scheint uns, dass diese Art Schematismus, so dienlich sie anerkanntermaassen zu instruktiven Zwecken ist, der Auffassung der klinischen Thatsachen nicht immer zu Gute kommt. So erklärt B. die Atonie des Magens, oder, wie er sie zu nennen vorschlägt, die Myasthenia gastrica für eine „Krankheit sui generis", um ihren gewiss von Allen anerkannten Gegensatz zur ausgesprochenen Magenerweiterung zu betonen; eine Seite später ist er aber selbst gezwungen, zu bemerken, dass die Atonie „entweder idiopathisch oder als Symptom allgemeiner Krankheiten oder als Complikation von Magenkrankheiten" auftritt. Unserer Ansicht nach darf, so lange weder klinisch, noch anatomisch der Nachweis einer *isolirten* Magenmuskelerkrankung beigebracht worden ist, von einem „Krankheitsbild der Atonie" nicht die Rede sein. Das, was B. als reine Magenatonie zu charakterisiren bestrebt ist, erscheint, und zwar gerade im Hinblick auf die von ihm beigegebenen Krankengeschichten, als Symptome primärer allgemeiner Neurosen oder specieller Magenleiden. Eben so wenig darf man unserer Ansicht nach die Magenerweiterung als selbständige Erkrankung auffassen. Sie ist immer ein Folgezustand dynamischer oder mechanischer Mageninsufficienz und verläuft je nach der Art der Grundkrankheit unter ganz verschiedenen Erscheinungen. Es dürfte daher richtiger sein, sie bei diesen abzuhandeln. Besondere Sorgfalt hat B. darauf verwandt, das Capitel der nervösen Magenaffektionen zu erschöpfen, er giebt in sehr gutem Ueberblick alle Formen der sen-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

siblen, motorischen und sekretorischen Magenneurosen. Nur die „nervöse Dyspepsie" kommt etwas schlecht weg, begreiflicher Weise, da unsere Kenntniss von ihr eigentlich einen mehr negativen Charakter hat. Wir möchten vorschlagen, diesen Namen zur Bezeichnung eines *einzelnen Krankheitsbildes* fallen zu lassen und ihn nur als einen *Sammelbegriff* zu benutzen, der sich in die mannigfachsten Formen der Magenneurosen auflösen lässt. Auch die Rossbach'sche Gastroxynsis, welche als besondere Form noch immer in den Lehrbüchern fortzuleben berufen scheint, würde besser nicht als solche, sondern als eine besondere Art der paroxysmalen Hyperchlorhydrie zu erklären sein. Ob es richtig ist, die chronische continuirliche Magensaftsekretion Riegel's unter den Neurosen zu behandeln, möchten wir dahingestellt sein lassen; in der klassischen Form, in der sie heute anerkannt ist, dürfte es wohl zweckentsprechender sein, sie zu den Krankheiten des Drüsenparenchyms zu rechnen, ohne sie damit als „Katarrh" zu charakterisiren. Auch sind ihre Beziehungen zum Ulcus nicht erschöpfend wiedergegeben, wenn B. sagt, dass sie sich oft auf dem Boden des Ulcus entwickele; die umgekehrte Entwickelung des Ulcus auf ihrer Grundlage entspricht eigentlich mehr der Wahrscheinlichkeit und ihrer musste sicher gedacht werden. Doch dies sind alles nur kleine Ausstellungen, die dem Buch seinen Werth keineswegs rauben. Einen besonderen Vorzug gewinnt es noch durch die ausführliche Besprechung der Indikationen chirurgischer Eingriffe bei Magenkrankheiten und die Schilderung der verschiedenen Operationen selbst. Ein willkommenes Capitel bietet schliesslich der Anhang, welcher Schemata für Diätformen bei den verschiedenen Magenleiden enthält, unter Beifügung einer Berechnung des Nährwerthes der einzelnen Mahlzeiten. Das Buch kann jedem Arzte, der für Magenkrankheiten ein besonderes Interesse und viel mit ihnen zu thun hat, nicht lebhaft genug empfohlen werden. Es wird sich sicher desselben Beifalls erfreuen, wie der I. allgemeine Theil und dürfte wohl auch bald eine neue Auflage erleben. Die Ausstattung ist sehr gut. G. Honigmann (Wiesbaden).

20. **Klinik der Verdauungskrankheiten**; von C. A. Ewald. II. *Die Krankheiten des Magens.* 3., neu bearbeitete Aufl. Berlin 1893. A. Hirschwald. Gr. 8. 593 S. mit 34 Holzschn. (14 Mk.)

Die 3. Auflage der zweiten Hälfte des bekannten Ewald'schen Werkes ist nunmehr in sehr veränderter Gestalt herausgekommen. E. hat es sich angelegen sein lassen, nicht nur die neueren Thatsachen und Beobachtungen, die sich seit der 2. Auflage (1888) angehäuft haben, zu berücksichtigen, sondern vor Allem auch das, was die neugewonnenen Anschauungen als Ballast erkannt haben, über Bord zu werfen. Eine gewisse Klärung hat sich vor Allem auf dem Gebiete der Beurtheilung des sogenannten Magenchemismus vollzogen. E. tritt in dieser Auflage noch mehr, wie in der vorigen einer Ueberschätzung der chemischen Methodik entgegen. Es gereicht Ref. zur besonderen Befriedigung, erwähnen zu dürfen, dass der von ihm über den Werth der quantitativen HCl-Bestimmung eingenommene Standpunkt dem Gedankengange E.'s in vielen Punkten entspricht. E. hält eine Bestimmung der HCl nur dann für nöthig, wenn es nicht bis zur Abscheidung freier HCl gekommen ist, die Farbstoffreaktionen also negativ ausgefallen sind. Dann räth er zur Anwendung der Methode von Leo oder Martius-Lüttke, gleichviel, ob geringe analytische Fehler bei beiden mit unterlaufen, da es sich nur um die Feststellung relativer Werthe handelt, eventuell genügt auch die ungefähre Bestimmung, welche eine Modifikation des Sjöqvist'schen Verfahrens in einfachster Weise ermöglicht. Wo freie HCl durch die Farbstoffe nachweisbar ist, genügt es, die durch Titration gewonnenen Werthe für HCl anzusehen, in dem Bewusstsein, dass man diese (um die sauren Phosphate) zu hoch anschlägt. Auch in seinem Aufbau hat das Buch manche Aenderung gegenüber der früheren Auflage aufzuweisen. Die Reihenfolge der Capitel ist eine andere; insofern die akute und chronische Gastritis den Abschnitten über Mageninsufficienz, Ektasie, Krebs und Geschwür vorangeht. Bei Magengeschwür und Krebs findet vor Allem die Pathogenese eine ausführlichere Besprechung als früher; die Symptomatologie ist nicht nur um die seit den letzten 5 Jahren veröffentlichten Beobachtungen bereichert, sondern auch durch eine grosse Reihe neuer Beobachtungen E.'s, die bis dahin noch nicht veröffentlicht sind. Viele neue Illustrationen ergänzen den neuen Inhalt. Das Capitel der Neurosen ist um die Darstellung der Gastro- und Enteroptosen vermehrt worden, die E. unter den „Mischformen" abhandelt. Sonst hält er an seiner alten Eintheilung der Neurosen in irritative, depressive, Mischformen und Reflexneurosen fest. Auf einige Punkte möchte Ref. noch hindeuten, die jedenfalls einer Diskussion werth sind. Ebenso wie in dem Boas'schen Buche ist auch hier die Ektasie als besonderes Leiden in einem besonderen Capitel abgehandelt, wiewohl sich aus der späteren Darstellung ergiebt, dass sie sich nicht einheitlich, weder pathologisch, noch therapeutisch, auffassen lässt. Es erscheint nur folgerichtiger, die Magenerweiterung in ihren verschiedenen Formen bei den sie veranlassenden Grundleiden zu besprechen. Die Rolle der Hypersekretion (oder, wie Ewald sie nennt, Parasekretion) in ihrer chronischen Form, die hier auch zu den irritativen sekretorischen Neurosen gezählt wird, scheint uns nicht genügend gewürdigt. Ein Theil der zu ihr gehörigen Symptome findet allerdings bei der Ektasie genauere Besprechung. Aufgefallen ist uns ferner,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

dass E., wiewohl er die Untersuchungen von Hoppe-Seyler, Kuhn und Boas über Kohlehydrat und Eiweissgährung im salzsäurereichen Magen in's richtige Licht setzt, dennoch an der hergebrachten Anschauung von der antifermentativen Rolle der Salzsäure, wie früher festhält. Uns scheint, als bedürfe gerade nach diesen Untersuchungen diese Anschauung bedeutender Correktur. Bemerken möchten wir schliesslich noch, dass E. in dieser Auflage die Lehre Riegel's von der Hyperacidität bei Magengeschwür vollständig adoptirt, während er sie in der vorigen nur bedingt angenommen hat. Genauer auf Einzelheiten einzugehen, verbietet der Raum. Das Buch trägt in allen Capiteln das Gepräge des klinischen Meisters, der an dem Aufbau unserer heutigen Lehre von der Magenpathologie von Anbeginn an einen hervorragenden Antheil hat. Die Freunde der früheren Auflage werden die neue mit Freude begrüssen und diese wird sicher sich eine grosse Anzahl neuer Freunde erwerben.

G. Honigmann (Wiesbaden).

21. **Psychiatrische Vorlesungen**; von V. Magnan. IV./V. Heft: *Ueber die Geistesstörungen der Entarteten (Fortsetzung), über das intermittirende Irresein u. A.* 112 S. VI. Heft: *Ueber Manie. Ueber Alkoholismus. Ueber Simulation und Verkennung des Irrsinnes.* 54 S. Deutsch von P. J. Möbius. Leipzig 1893. Georg Thieme. Gr. 8.[1])

Das IV./V. Heft bringt zunächst weitere Beiträge zum Ausbau der Lehre von dem Irresein der Entarteten. Zwei besonders prägnante Beispiele (im einen Falle eine ungewöhnliche Häufung von physischen, im anderen eine solche von psychischen Stigmata) werden in einem gesonderten Capitel vorgeführt. Im Uebrigen werden *die Kaufwuth* und *Spielwuth, die sexuellen Perversitäten, die krankhaften Antriebe zu Verbrechen* und die *Onomatomanie* auf Grund von charakteristischen Fällen besprochen. Die Abhandlung über die Onomatomanie ist ursprünglich von Charcot und Magnan gemeinschaftlich in den Archives de Neurologie publicirt worden und hat in diesen Jahrbüchern (CCXXXVIII. p. 28) eine ausführliche Wiedergabe gefunden. Magnan war sich der theoretischen und praktischen Bedeutung, die eine eingehende Schilderung gerade dieses Phänomens für die ganze Auffassung seiner Lehre von der Entartung hat, bewusst und er hat deshalb hier besonders zahlreiche Beispiele gegeben. Allerdings ist unerwähnt geblieben, dass das fragliche Symptom sich nicht immer nur als ein reiner „Zufall" im M.'schen Sinne darstellt. [Auf Anregung des Ref. hat Köhler (Inaug.-Diss. Halle 1889: „Ein casuistischer Beitrag zur Lehre von dem cirkulären Irresein") einen Fall von sonst typischer cirkulärer Psychose beschrieben, in dem im melancholischen Stadium ein quälender Wortzwang auftrat, und Ref. selbst hat in seiner Abhandlung „über das Symptom der Verbigeration" (Allgem. Ztschr. f. Psychiatrie XLVI.) einen Fall von chronischer Paranoia mitgetheilt, in dem gleichfalls Wortzwang in sehr interessanter Ausprägung bestand.] Uebrigens kann man M. nur vollkommen beipflichten, wenn er schreibt (p. 31): „Die etwas langen Erörterungen über die Onomatomanie haben wohl ihr Recht, denn es handelt sich hier um einen besonders interessanten und nach verschiedenen Seiten hin wichtigen Zufall der Entarteten. Nur ein Wort, und zwar gewöhnlich ein gleichgültiges Wort beherrscht die Kranken. Gerade bei der Onomatomanie zeigt sich die Unabhängigkeit der Zwangsvorstellungen von individueller Zu- und Abneigung und andererseits ihre Macht trotz der Klarheit des Bewusstseins. Auch in forensischer Beziehung ist die Einsicht in die Onomatomanie werthvoll. Der Arzt und der Richter lernen durch sie die anderen Zufälle und den Zusammenhang zwischen Zwangsvorstellungen und strafbaren Handlungen besser verstehen. Wenn ein Richter diese einfachen und lehrreichen Fälle kennt, wird er auch dann Verständniss zeigen, wenn Zwangsvorstellungen zu Diebstahl, Tödtung, geschlechtlichen Fehltritten führen. Er wird dann nicht zu den Geschworenen sagen: „Wenn der Arzt von Stehlsucht des Angeklagten spricht, so zeigen Sie, meine Herren, Verurtheilungssucht!" Wer Zeuge von der peinvollen Angst gewesen ist, die den Onomatomanischen ergreift, wenn er das für ihn eigentlich gleichgültige Wort sucht, die ihn zu übermenschlichen Anstrengungen treibt, um das schlimme Wort nicht laut werden zu lassen, und wer die Erlösung, die grenzenlose Erleichterung beobachtet hat, die nach dem Auffinden des gesuchten Wortes, dem Ausstossen oder Verhüten des schlimmen Wortes folgt, der wird nicht mehr ungläubig sein, wenn bei Kleptomanie, Pyromanie, bei Trieb zu Mord oder geschlechtlichen Ausschreitungen, bei Exhibition u. s. w. die Kranken versichern, dass alle ihre Anstrengungen, dem Triebe zu widerstehen, erfolglos seien."

Die vorstehenden Sätze verdienen die weiteste Verbreitung; sie enthalten zugleich die wirksamste Empfehlung für die Nothwendigkeit und Nützlichkeit des Studium der Lehren Magnan's und der von ihm mitgetheilten Krankengeschichten. Die Fülle des beigebrachten Materials stellt den pathologischen Charakter und die innere Zusammengehörigkeit vieler scheinbar heterogener Krankheitserscheinungen ausser jeden Zweifel. Eine besondere einheitliche Krankheitsform, eben das Irresein der Entarteten, braucht darum doch nicht anerkannt zu werden.

In einem besonderen Capitel wird *„über das Zusammenbestehen verschiedener Irrsinnsformen bei demselben Kranken"* gehandelt und namentlich auf

[1]) Vgl. Jahrbb. CCXXXII. p. 222 und CCXXXVI. p. 91.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

die gelegentliche Complikation von Epilepsie, Paranoia und Alkoholismus aufmerksam gemacht. Nicht selten lässt sich aus dem Gesammtbilde der Antheil der Symptome, der auf Rechnung der einen oder der anderen Krankheit entfällt, herauslösen. Darin aber dürfte Magnan kaum Zustimmung finden, wenn er im Falle cumulirter Vererbung, z. B. Paranoia des Vaters und Epilepsie der Mutter, bei dem Descendenten, der an beiden leidet, schlechterdings die eine Krankheit auf direkte mütterliche, die andere auf direkte väterliche Vererbung bezieht, als ob dies gar nicht anders sein könnte. Ueberhaupt sind manche eingestreute theoretische und pathologisch-anatomische Bemerkungen des berühmten Klinikers merkwürdig wenig kritisch. Man muss sie als individuelle oder traditionelle Manier, sich wissenschaftlich auszudrücken, neben dem vielen Guten mit in den Kauf nehmen.

Ein kleines Capitel *„über Hallucinationen, die rechts und links verschieden sind"*, bringt nichts Neues.

Von grösserer Wichtigkeit ist die Abhandlung *„über das intermittirende Irresein"*.

Die Kranken, um die es sich handelt, sind sämmtlich hereditär belastet, aber vor ihrem ersten Anfalle geistig annähernd normal. In Beziehung auf die Einwirkung der Vererbung steht das intermittirende Irresein etwa in der Mitte zwischen dem Irresein der Entarteten im engeren Sinne und der Gruppe der einfachen Psychosen, in specie der Paranoia completa. Das intermittirende Irresein besteht nach Magnan dann, wenn bei einem Menschen mit bis dahin latenter Anlage, der für gesund gegolten hat, wiederholte Anfälle von Manie oder Melancholie auftreten. Die Anfälle können nur der einen Form angehören oder beide Formen können sich in verschiedener Weise verknüpfen.

Aus dieser allgemeinen Charakterisirung des intermittirenden Irreseins geht hervor, dass die als periodische Melancholien oder Manien bezeichneten Psychosen, sowie die cirkulären hierher gehören. Es ergiebt aber die klinische Beobachtung, dass manche zunächst ganz reine periodische oder combinirte cyklische Psychose im weiteren Verlaufe ihren Charakter ändert, dass die Anfälle in ihrem Typus sich verwischen und die Regelmässigkeit, die die Namengebung bedingte, aufhört. Ausserdem kommen bei combinirten, nicht cyklischen Anfällen grosse Verschiedenheiten vor. Bald folgen zwei oder drei Manie-Anfälle auf einen oder einige Melancholie-Anfälle, bald ist es umgekehrt. Wollte man, sagt Magnan mit Recht, für jede Abart einen Namen einführen, so hätte die Nomenclatur kein Ende. Alle die verschiedenen Formen des intermittirenden Irreseins können bei demselben Kranken vorkommen. Bei Manchem sind nach einander Melancholie, Manie, periodisches Irresein, Irresein à double forme und schliesslich chronische Manie diagnosticirt worden. Die periodischen Anfälle können bei Weibern mit der Menstruation zusammenfallen; sie können auch an bestimmte Jahreszeiten geknüpft sein. Der erste Anfall ist fast immer ein einfacher, sei es von Manie, sei es von Melancholie. Die melancholischen Formen sind wohl häufiger, gelangen aber zunächst nicht immer zur Anstaltsbeobachtung. Gewöhnlich sind die Anfälle im Anfange der Krankheit kürzer und gleichmässiger als später, werden mit der Zeit immer länger und unregelmässiger. Die freie Zwischenzeit, die die einzelnen Anfälle trennt, pflegt im umgekehrten Verhältnisse zum Anfalle zu stehen. Verlängert sich der Anfall mit dem Fortschreiten der Krankheit, so verkürzt sich die Zwischenzeit. Im Anfange besteht in den langen Zwischenzeiten in der Regel ein fast vollständig normaler Geisteszustand, später kann dieser sich vollständig verändern und schliesslich kann deutliche geistige Schwäche eintreten. Bei den ersten Anfällen ist namentlich die Raschheit der Entwickelung bemerkenswerth, weil bei der gewöhnlichen Melancholie und Manie eine längere Zeit der Vorbereitung vorauszugehen pflegt, in der die Kranken sich kraftlos und matt fühlen, über Kopfdruck klagen, wenig und unruhig schlafen, oft auch an Magen- und Darmstörungen leiden u. s. w. Bei dem intermittirenden Irresein existirt diese Vorbereitung des Organismus zur Krankheit nicht. Der Anfall entwickelt sich rasch auf geringe Anstösse hin, „denn der Kranke trägt seine Bedingungen in sich, bestreitet sozusagen aus eigenen Mitteln die Kosten". Diese Erfahrungen ermöglichen es schon bei dem ersten Anfalle, wenn auch nicht immer und nicht mit Sicherheit, so doch oft vermuthungsweise (per exclusionem) die richtige Diagnose zu stellen. Wenn der Anfall sich bei einem Menschen von 25—30 Jahren einstellt, der bis dahin gesund gewesen ist (was das Irresein der Entarteten im engeren Sinne ausschliesst) und ohne nachweisbare Ursache, ohne Zeit der Vorbereitung auftritt (was die gewöhnliche Manie oder Melancholie ausschliesst), so kann man das intermittirende Irresein vermuthen.

Dies sind im Wesentlichen die Grundzüge der Magnan'schen Aufstellung. Zum Belege führt er 6 Fälle vor, deren Verlauf theilweise durch Curven veranschaulicht wird. Die Beobachtung eines Falles erstreckt sich auf 21, die eines anderen sogar auf 35 Jahre.

Es ist schwer begreiflich, warum dieser zuerst auf dem X. internationalen medicinischen Congress zu Berlin 1890 mitgetheilte Vortrag bei den deutschen Fachgenossen so geringe Beachtung gefunden hat. Die darin niedergelegten Thatsachen und Erwägungen dürften von keiner Seite angefochten werden können. Wenigstens steht dem Ref. eine so grosse Zahl einschlägiger Fälle zu Gebote, dass er nicht anzunehmen vermag, dass das Material anderer Anstalten Anderes lehren sollte. Gewiss giebt es genug Fälle, auf die die Bezeichnung der

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

periodischen Melancholie, bez. Manie oder der cirkulären Psychose rein zutrifft; es giebt aber noch mehr Fälle, in denen die Formen dergestalt wechseln und sich unregelmässig ablösen und die trotzdem den erstgedachten Fällen in wesentlichen Zügen so nahe stehen, dass eine gemeinsame Betrachtung durchaus natürlich sich ergiebt. Nach der Darstellung der Mehrzahl unserer Lehrbücher finden diese äusserst häufigen Entwickelungsformen aber überhaupt keine legitime Stätte. Insofern also dadurch mit einer Schablone gebrochen wird und weil die Schilderungen Magnan's empirisch durchaus zutreffende sind, können sie nur mit Freude begrüsst und als ein Fortschritt betrachtet werden. Ob man deshalb nun dazu gelangen soll, in dem intermittirenden Irresein (eine Bezeichnung, die wir *zur didaktischen Orientirung* auf alle Fälle gern acceptiren) eine besondere einheitliche Krankheitsform, so wie Magnan es will, anzuerkennen, muss vorerst dahingestellt bleiben. Ref. möchte zunächst lediglich die erneute Anregung aus den Magnan'schen Mittheilungen hervorgehen sehen, den inneren pathologisch-physiologischen Beziehungen zwischen dem melancholischen und dem maniakalischen Symptomencomplex nachzuspüren.

In der Abhandlung über Manie giebt Magnan nach einer kurzen Erwähnung des Standpunktes einiger anderer Autoren seine eigene Definition: „Ich möchte das Wesen der Manie in einer allgemeinen Steigerung der Hirnrindenthätigkeit sehen. Alle Centra sind in extremer Thätigkeit, sowohl die sogen. höheren psychischen Funktionen, als die Erinnerung und die Motilität. Alle Pforten sind weit geöffnet, um Empfindungen, Gedanken, Bestrebungen sich äussern zu lassen. Alles wird zu Bewegungen, sei es, dass diese das Ergebniss von Vorstellungen, von Trieben oder von rein automatischen Vorgängen sind. *„Alles heraus"*, das ist die Formel des Maniakalischen". Die einfache Manie stellt nach M. einen wohl charakterisirten Typus dar. Man kann drei Stadien unterscheiden, das der Entwickelung, das der Krankheitshöhe und das des Rückganges. Das *Entwickelungstadium* kann sehr kurz sein. Nach irgend einer körperlichen oder gemüthlichen eingreifenden Ursache kann binnen wenigen Stunden oder Tagen der Anfall entwickelt sein. Häufiger jedoch gehen deutliche Vorläufererscheinungen voraus, unter denen namentlich körperliche Störungen eine Rolle spielen. Das *Höhestadium* ist in intellektueller Hinsicht besonders durch die Erleichterung der Associationen ausgezeichnet. Die associirten Vorstellungen drängen sich reihenweise in das Bewusstsein. Selbst bei grosser Beschleunigung des Vorstellungsablaufs, wo die sprachliche Ausdrucksfähigkeit nicht mehr gleichen Schritt zu halten vermag, handelt es sich nicht um wirkliche Verwirrtheit. Illusionen sind in diesem Zustande sehr häufig, aber auch Halluçinationen kommen vor. Diese können dann dem Gedankenlauf eine besondere Färbung geben und zu Wahnvorstellungen führen, unter denen namentlich religiöse, erotische und Grössenwahnvorstellungen vorwiegen.

Das Stadium des Rückganges der Manie wird durch ruhige Intervalle angekündigt, die allmählich immer häufiger und länger werden, oder es tritt eine stetige Abnahme aller Symptome ein, oder endlich es verliert sich zunächst die Muskelunruhe und erst später die Geschwätzigkeit. Etwaige vor Ablauf der Erkrankung auftretende Phasen von Depression werden als günstiges Zeichen betrachtet. In der grossen Mehrzahl der Fälle kommt es zur Heilung. Die Krankheit dauert einen oder mehrere Monate, zuweilen selbst einige Jahre. Wenn keine Heilung eintritt und nicht, wie in den schwersten Fällen, Complikationen zum Tode führen, so entwickelt sich chronische Manie, welche nach sehr langer Dauer in Demenz überleitet.

Die einfache Manie wird als eine seltene Krankheit bezeichnet. Symptomatisch mehr oder weniger gleichartige Zustände, die aber anders aufzufassen sind, kommen freilich häufig vor. Die differentialdiagnostischen Erwägungen beziehen sich auf die maniakalischen Syndrome der erblich Entarteten, auf die Anfälle des intermittirenden Irreseins, die Aufregungzustände bei progressiver Paralyse und anderen organischen Gehirnerkrankungen, der Hysterie, der Epilepsie und dem Alkoholismus. Eine Anzahl von Krankengeschichten ist beigefügt. Man wird sich aber der Ueberzeugung kaum verschliessen, dass die Unterschiede zwischen den Fällen, die als Typen der einfachen Manie vorgeführt werden, gegenüber denen, die zum Irresein der Entarteten gerechnet werden, verschwindend gering sind.

Für die *Behandlung* der Manie dürfen Zwangsmittel nicht in Anwendung gezogen werden. So gerechtfertigt diese von M. proklamirte Hauptforderung an sich ist, so ist es doch charakteristisch für den Stand der französischen Irrenpflege, dass dem Autor eine besonders nachdrückliche Betonung derselben nothwendig erscheint. Die Bettbehandlung kennt M. überhaupt nicht. Im Uebrigen werden prolongirte laue Bäder, unter Umständen mit kühlen Compressen oder Uebergiessungen auf den Kopf oder feuchte Einpackungen empfohlen, ferner eine strenge Ueberwachung der allgemeinen Ernährung und endlich Beruhigungsmittel, namentlich Brom, Chloralhydrat, ein Versuch mit systematisch steigenden Opiumdosen und Hyoscin, dessen specifische Wirkung auf die motorische Gehirnthätigkeit feststeht. Doch handelt es sich hier, wie auch aus den angeführten Mittheilungen der Kranken M.'s hervorgeht, um eine schwere Betäubung mit nicht gleichgültigen Nebenwirkungen, so dass Ref. der Empfehlung auch nach seinen eigenen Erfahrungen, im Gegensatze freilich zu den Kundgebungen einiger anderer Autoren, nicht beizupflichten vermag.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Die Abhandlung *über den Alkoholismus* ist von Möbius auf der Grundlage von vier verschiedenen Aufsätzen, in denen M. sich über den Gegenstand ausgelassen hat, zusammengestellt worden. Doch erscheint sie wie aus einem Gusse gearbeitet. Sie enthält zum Theil recht werthvolle Mittheilungen und das Studium des Originals ist sehr zu empfehlen. Besonders lehrreich sind die Erörterungen über die Beziehungen des Alkohols zu epileptischen Anfällen. Absynth erzeugt Krämpfe, reiner Alkohol niemals, wie experimentell und durch die klinische Beobachtung festgestellt sei, wohl aber thun dies Beimischungen, die die Alkoholarten der Industrie enthalten. Namentlich wirken das Pyridin und das Furfurol, welches letztere im Getreidealkohol sich findet, in diesem Sinne. Die klinische Schilderung, die M. von der chronischen Alkoholintoxikation entwirft, ist meisterhaft, eignet sich aber nicht zum Referat.

In einem Anhange werden 3 typische Fälle *von chronischem Cocainismus* mitgetheilt und es wird namentlich auf das charakteristische Auftreten von abnormen Empfindungen, die von den Kranken unter die Haut verlegt werden, Gewicht gelegt.

Die letzte Abhandlung des Heftes *„über Simulation und Verkennung des Irreseins"* enthält in den theoretischen Erörterungen nichts besonders Bemerkenswerthes. Den Hauptheil bildet die Mittheilung eines Gutachtens, durch welches M. die Simulation eines Mannes erweist, der, nachdem er einen Mord begangen, unmittelbar nach einem für ihn ungünstig verlaufenen Verhör Irrsinn vorgetäuscht hat. Die Sache liegt in diesem Falle für jeden Psychiater klar und M.'s Argumentationen sind überzeugend. Trotzdem kann es nicht als mustergültig und nachahmenswerth bezeichnet werden, eine so positiv abgefasste Schlusserklärung abzugeben, wie M. dies mit den Worten gethan hat: „C. L. war beim Tode G.'s geistesgesund". Eine vorsichtigere negative Abfassung, dass keine Anhaltepunkte für das Bestehen einer geistigen Erkrankung sich ergeben haben, erreicht denselben praktischen Zweck und kann besser verantwortet werden. Clemens Neisser (Leubus).

22. **Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hülfsdisciplinen in allen Ländern**; von H. Lähr. 4. vermehrte u. umgearb. Auflage Berlin 1893. G. Reimer. Gr. 8. XIV u. 478 S. (12 Mk.)

„Den Zweck dieser Schrift, die Vergangenheit für die Zukunft nutzbar zu machen und denjenigen Männern, welche sich um die Entwickelung der Psychiatrie Verdienste erworben haben, ein Andenken zu sichern, ferner historische Notizen über die Entwickelung der Heil- und Pflegeanstalten, wie des Irrenwesens zu geben und vor Allem die Thatsachen selbst bei der oft grossen Verschiedenheit der Angaben mit möglichster Benutzung der Quellen sicher zu stellen . . , hat auch die vorliegende Ausgabe möglichst zu erfüllen versucht." Die Zahl der Einzelangaben ist von 949 der 1. Auflage in der 2. auf 1446, in der 3. auf 1890, in der 4. auf 2637 gestiegen. Ein sorgsam bearbeitetes Inhaltsverzeichniss erleichtert die Benutzung der kalenderartig geordneten Angaben.

Das zu einem stattlichen Bande herangewachsene Werk des verdienten Vfs. wird von Jahr zu Jahr mehr Freunde finden. Da nicht Jeder sich alle Auflagen anschaffen kann, wäre es zweckmässig, in Zukunft Nachträge zu liefern.

Die Ausstattung des Buches ist vortrefflich.

Möbius.

23. **Die Beriberi-Krankheit**; eine geographisch-medicinische Studie von Dr. B. Scheube. Jena 1894. G. Fischer. Gr. 8. VIII u. 220 S. mit 2 lithographischen Tafeln u. 1 geographischen Karte.

Das Hauptergebniss der Untersuchungen über Beriberi ist, dass diese Krankheit in der That eine Form der multiplen Neuritis ist, wie Scheube und Bälz es zuerst kundgaben. Die Ursache der Krankheit ist ein Miasma, ein irgendwie mit dem Boden verknüpftes Gift, das verschleppbar ist. Die bakteriologischen Untersuchungen haben noch nicht zu einem zuverlässigen Ergebnisse geführt. Die Hauptherde der Krankheit sind Niederländisch-Indien, Japan und Brasilien; in Japan scheint sie am mildesten, in Brasilien am bösartigsten zu verlaufen. In der grossen Mehrzahl der Fälle sind die Erscheinungen die einer mässigen Neuritis: Parästhesien und Parese der Beine, Oedeme, Herzklopfen, Athembeschwerden. Schmerzen spielen keine grosse Rolle, meist besteht nur Hypästhesie, die Paresen sind mässig, die Strecker sind mehr betroffen als die Beuger. Die selteneren, schweren Erkrankungen lassen 3 Formen unterscheiden, die atrophische (Lähmung mit Muskelschwund und Entartungsreaktion der Beine und der Arme, unter Umständen auch der Rumpf- und eines Theils der Kopfmuskeln, Schmerzen, Anästhesie), die wassersüchtige (Anasarka und Ergüsse in die serösen Höhlen treten hinzu, die Harnabscheidung wird sehr gering) und die akute perniciöse oder kardiale Form (rasch tödtliche Herzinsufficienz mit Anurie, schwerster Dyspnöe und Angst). Die Krankheit verläuft, abgesehen von den schwersten Fällen, chronisch, dauert gewöhnlich mehrere Monate, kehrt zuweilen lange Zeit in der warmen Jahreszeit wieder. Vf. giebt eine Reihe von Krankengeschichten und bespricht die einzelnen Symptome genau. Vf. hat 20mal die Sektion gemacht. Der Hauptbefund ist die Entartung der peripherischen Nerven. Auch die Vagi sind betroffen und Vf. macht sie für die Herzstörungen, das Erbrechen und die zuweilen beobachtete akute Lungenblähung verantwortlich. Doch hat er auch schwere myokarditische Veränderungen gefunden, die wohl eine direkte Wirkung des Giftes sein möchten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Die Nieren sind blutreich, ihre Epithelzellen zum Theil trübe und verfettet.

Die sorgfältige Arbeit Sch.'s ist ein interessanter Beitrag zu der Lehre von der multiplen Neuritis, abgesehen von der praktischen Bedeutung, die die Erkenntniss der Krankheit für die betroffenen Länder hat. Wie gross die Literatur über Beriberi schon geworden ist, ersieht man aus dem Literaturverzeichnisse (363 Nummern).

Möbius.

24. **Chirurgie des voies urinaires**; *études cliniques* par le Prof. E. Loumeau, Bordeaux. 2. Edition, revue, augmentée et accompagnée de cinq planches hors texte noires et chromolithographiées. Bordeaux 1894. Feret et Fils. 8. 300 pp.

In diesem von der Verlagsbuchhandlung ganz vorzüglich ausgestatteten Werke theilt H. eine grössere Anzahl von klinischen Beobachtungen mit, die die chirurgische Pathologie der Blase und Harnröhre betreffen. In das Gebiet der Nierenchirurgie gehört nur ein Fall von perinephritischem Abscess mit Durchbruch in die Bronchen. Die Fälle sind nach der Zeit der Beobachtung geordnet.

P. Wagner (Leipzig).

25. **Geschichte der medicinischen Wissenschaften in Deutschland**; von Dr. August Hirsch. (Bd. 22 der Geschichte der Wissenschaften in Deutschland, herausgeg. durch die histor. Commission der k. Akad. d. Wissensch.) München u. Leipzig 1893. 8. XIV u. 722 S. nebst Namenregister. (9 Mk. 50 Pf.)

Dem von der Commission gestellten Programm zufolge sollte die von dem hochgeschätzten Vf. übernommene Arbeit nicht speciell für den Fachmann, den Arzt, sondern für alle Klassen der gebildeten Welt Deutschlands bestimmt sein, d. h. eine — im höheren Sinne gedachte — populäre Geschichte der Medicin geben. Da aber die Leistungen der Deutschen auf dem Gebiete der Medicin, einer Wissenschaft von streng kosmopolitischem Charakter, nur dann in ihrer vollen Bedeutung gewürdigt werden können, wenn sie im Zusammenhange mit der ganzen Entwickelungsgeschichte der Medicin betrachtet werden, hat es Vf. unternommen, auf einem Hintergrunde, der ein Bild dieser Geschichte in ihrem ganzen Umfange darbietet, diejenigen Leistungen, welche von der deutschen Gelehrtenwelt ausgegangen sind, vollständig und in hellen Farben aufzutragen, so dass sich die deutsche Medicin von jenem weltgeschichtlichen Hintergrunde gewissermaassen plastisch abhebt. Auf der anderen Seite hat Vf., um das für den ärztlichen Leser wichtige tiefere Eingehen in das Genauere der in Frage kommenden Gegenstände zu ermöglichen, sich bestrebt, die Einzelheiten in das nach seinen Hauptzügen entworfene, allgemein verständliche Bild derartig einzuordnen, dass der nicht-ärztliche Leser ohne den inneren Zusammenhang der Thatsachen zu verlieren, dieselben unberücksichtigt lassen kann, der Fachmann anderer wissenschaftlicher Gebiete in den Stand gesetzt ist, seine Aufmerksamkeit den speciellen Ausführungen derjenigen Gegenstände zuzuwenden, welche in direkter Beziehung zu seiner wissenschaftlichen Thätigkeit stehen.

Aus den vorstehenden, dem Vorworte entnommenen Sätzen ergiebt sich hinlänglich die Schwierigkeit der Aufgabe, welche sich der Vf. gestellt — und wie Ref. auf Grund eingehenden Studiums des Werkes [1]) aus voller Ueberzeugung aussprechen kann — in geradezu mustergiltiger Weise gelöst hat. Das Werk zerfällt in 3 Abschnitte, von denen der *erste* als Einleitung die Heilkunde im Alterthume und Mittelalter umfasst, während der *zweite* der Heilkunde in der neueren Zeit (16., 17., 18. Jahrhundert) gewidmet ist, der *dritte* aber die Heilkunde in der neuesten Zeit (1. Hälfte des 19. Jahrhunderts) behandelt. In knapper, jedoch sehr übersichtlicher und fliessender Darstellung werden in diesen Abschnitten je nach den einzelnen Jahrhunderten, die einzelnen Fächer der Naturwissenschaften und der Heilkunde, mit ganz besonderer Berücksichtigung der Anatomie und Physiologie, besprochen, wobei auch der Einfluss der philosophischen Systeme, sowie politischer und cultureller Verhältnisse dargelegt wird. Als für das Verständniss, namentlich für den nicht-ärztlichen Leser, höchst werthvoll sind hierbei ganz besonders die überaus klaren zusammenfassenden Uebersichten hervorzuheben, welche sich am Beginn und am Ende jedes Jahrhundert finden und die fortschreitende Entwickelung der verschiedenen Fächer zur Anschauung bringen.

Auf den Inhalt des vorliegenden Werkes näher einzugehen, ist der Natur der Sache nach nicht möglich; dasselbe muss eben dem eigenen Studium unterworfen werden, welches aber reich belohnt werden wird. Es sei nur gestattet einzelne Punkte hervorzuheben, deren Fehlen dem Ref. aufgefallen ist. So dürfte im ersten Abschnitte die berühmte *Schola Salernitana* specielle Erwähnung verdienen, da gerade ihr Einfluss bis in das Mittelalter hinein ein sehr erheblicher gewesen ist. Zweitens glaubt Ref., dass bei der vollkommen gerechtfertigten Beurtheilung der Homöopathie der Umstand erwähnenswerth wäre, dass dieselbe doch von wesentlichem Einfluss auf die Vereinfachung der Therapie gewesen ist. Ferner hätte Ref. ge-

[1]) Zum Beweise für diese Behauptung mögen folgende Nachträge zu den im Original namhaft gemachten *Verbesserungen* angeführt werden: S. 103, Note Progymn. l. Programma. — S. 334, Z. 25 v. o. 1) l. 2). — S. 411, Note 2 frequentum l. fragmentum. — S. 423, Z. 6 v. o. Ph. Jac. Henle l. Fr. Gust. Jac. Henle. — S. 464, Z. 12 v. o. ihr l. ihm. — S. 517, Z. 14 v. o. und l. oder. — S. 631 u. 635 Ed. Horn l. Ernst Horn. — S. 669, Z. 11 v. o. Hörling l. Höring. — S. 683 von den französ. Aerzten Lejumeau und Kergaradec l. von dem französ. Arzte Lejumeau de Kergaradec. — S. 720, Z. 6 v. o. 1803 l. 1830.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

wünscht, dass im letzten Abschnitt die Anwendung des Aether, bez. des Chloroform behufs der Anästhesirung bei operativen Eingriffen wenigstens kurz Erwähnung gefunden hätte. Auch die deutschen Aerzte haben dieser im 5. Decennium von Amerika, bez. England ausgegangenen Methode, welche auf die weitere Entwickelung der operativen Heilkunde von so grossem Einfluss gewesen ist, von Anfang an ihre volle Aufmerksamkeit zugewendet und zum weiteren Ausbau derselben beigetragen. Endlich wäre nach der Ansicht des Ref. im letzten Abschnitte bei Besprechung der gerichtlichen Medicin und der öffentlichen Gesundheitspflege ein Hinweis gerechtfertigt gewesen, auf das in der 2. Hälfte des 5. Jahrzehnts gerade in Deutschland so lebhaft hervortretende Bestreben der Aerzte, sich einen grösseren Einfluss auf die staatliche Gesundheitspflege, sowie die Ordnung ihrer Standesinteressen zu sichern, welches auf die weitere Entwickelung der ersteren von so weitgehendem Einfluss gewesen ist.

Möge die Hoffnung in Erfüllung gehen, dass das vorliegende Werk recht weite Verbreitung finden und zur Belebung des zur Zeit noch sehr vernachlässigten Studium der Geschichte der Medicin beitragen werde. Ref. kann es sich jedoch nicht versagen, seiner lebhaften Genugthuung Ausdruck zu geben, dass es ihm vergönnt gewesen ist, die Aufmerksamkeit der Leser auf die hervorragende Leistung des hochgeehrten, leider vor wenig Tagen verstorbenen Vfs. zu lenken, welcher schon vor 40 Jahren vortreffliche Arbeiten aus dem Gebiete seiner hervorragenden Leistungen den damals von dem Unterzeichneten redigirten Jahrbüchern anvertraut [1]), ihm selbst aber seine Freundschaft unverändert bewahrt hat.

Winter.

[1]) Uebersicht über die Leistungen auf dem Gebiete der med. Geographie während der letzten Jahre: Jahrbb. LXXVIII. p. 355. 1853. — Rückblick auf die Erfahrungen und Leistungen im Gebiete der Cholera während der letzten Jahre: Jahrbb. LXXXIV. p. 82. 1854.

Berichte der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig.

Sitzung am 28. November 1893.

Vorsitzender: *B. Schmidt.* Schriftführer: *H. Schmidt.*

Herr F. A. Hoffmann stellte eine Kranke mit *myxödematösem Idiotismus* vor.

Es handelt sich um ein 3½jähr. Mädchen, dessen Eltern ganz gesund sind. Namentlich konnte von Syphilis nichts gefunden werden. In der Familie der Mutter war unter 10 gesunden Geschwistern ein Bruder, der für geistig etwas beschränkt gilt, aber ein kräftiger Arbeiter ist. Das vorgestellte Kind ist das erste aus dieser Ehe, seitdem ist ein zweites Mädchen geboren worden, das ganz gesund ist.

Schon bald nach der Geburt bemerkte die Mutter die Eigenthümlichkeiten des Kindes, die übrigens die schon von *Bourneville* geschilderten sind. Es wurde von den verschiedensten Aerzten meist mit Leberthran und Abführmitteln, auch mit Phosphor und Tuberkulin-Injektionen behandelt. Im Herbste dieses Jahres kam es in die Behandlung des Vorstellenden, es hatte den auffallenden Habitus, die Schwellungen waren überall ausgeprägt, ein hartnäckiges Ekzem bedeckte Kopf und Gesicht, die Zähne waren in ganz schlechtem Zustande, die Eckzähne noch nicht durchgebrochen, die grosse Fontanelle noch nicht geschlossen, der Umfang des Kopfes gross, aber nicht übermässig, ein mässiger Nabelbruch bestand, die Hände und Füsse waren blau, hart und eisig kalt, das Kind konnte nicht gehen und nur mühsam am Stuhle stehen, sein Wesen war ganz träg und apathisch. Es konnte kein Wort sprechen. Unter der Anwendung der Thyreoidea des Hammels ist seitdem das Myxödem völlig geschwunden, das Kind hat ein schlankes proportionirtes Aussehen gewonnen, es beginnt etwas zu gehen. Das Ekzem ist geheilt. Ob die Schilddrüse vorhanden ist, bleibt bei der Palpation zweifelhaft. Im Anfange wurde das Extrakt der Schilddrüse (halb Glycerin, halb ½proc. wässerige Carbolsäure) innerlich gegeben. Seit 8 Wochen wird die frisch ausgeschnittene Thyreoidea in absolutem Alkohol zerkleinert und mit solchem erschöpft. Der Rückstand wird unter Alkohol aufgehoben. 2 g davon mit Zucker zu einem feinen Pulver zerrieben, werden in der Woche verbraucht. Dabei hat der Zustand des Kindes sich unverändert gut gehalten und die Beschaffung des Präparates ist sehr erleichtert, da man es Wochen lang im Alkohol aufheben kann. In solcher Form würde das Präparat auch in Apotheken gehalten und weiteren Kreisen zugänglich gemacht werden können.

Auffallend ist auch bei diesem Kinde die Abnahme des Körpergewichtes im Anfange der Medikation gewesen; obwohl es wächst (vom 11. October bis 29. November 1½ cm z. B.), hat doch sein Körpergewicht abgenommen, um erst in der letzten Zeit constant zu bleiben (8. November 8500 g, 15. November 8550 g, 23. November 8555 g, 29. November 8500 g). Irgend eine Gefahr scheint bei dieser Art der Darreichung nicht zu fürchten zu sein. Früher hatte der Vortragende bei einem Kinde, welches die subcutanen Einspritzungen bekam, wegen zunehmender Schwäche des Kindes aufhören müssen. Einmal ist allerdings auch bei dem vorgestellten Kinde ein vorübergehender krampfartiger Zufall vorgekommen. Die Eltern hatten jedoch auch früher schon einige solche gesehen und schoben sie auf die Zähne. Da die Behandlung immer gleichmässig dieselbe blieb, so ist kaum Veranlassung, diese zu beschuldigen.

Um über die Gefährlichkeit des Thyreoidea-Extraktes sich selbst ein Urtheil zu bilden, hat der Vortragende es Kaninchen und Meerschweinchen injicirt. Obgleich die Dosen 10—20mal so stark wie beim Menschen waren, sind ihm krampfartige

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

oder sonstige auffallende nervöse Zufälle nicht vorgekommen. Ein Theil der Thiere kam sehr herunter, aber der Erfolg war doch nicht ganz constant, recht kräftige Thiere ertrugen die Injektion ohne Körpergewichtsverlust. In einer Versuchsreihe bekamen 2 Kaninchen Thyreoidea-Extrakt, 2 Extrakt aus Muskeln ebenso zubereitet, 1 Thier blieb zum Vergleich ohne Injektion. Es war jedenfalls auffallend, wie die beiden ersten Kaninchen schnell herunterkamen, während die beiden zweiten sich leidlich hielten und nur das letzte gedieh.

Mit Rücksicht auf die gesammelten Erfahrungen versuchte Vortragender auch diese Injektionen bei einer sehr fettleibigen, sonst kräftigen Frau. Es gelang aber nur sehr langsam (innerhalb eines Monats) eine Abnahme des Körpergewichtes von 220 auf 210 Pfund zu beobachten und dabei wurden die Klagen über die Belästigung durch die Injektion und zahlreiche subjektive Beschwerden derartig gross, dass der Versuch aufgegeben wurde.

Zum Schluss ging der Vortragende auf die Ansichten vom Wesen des Myxödems über. Er will hier namentlich darauf aufmerksam machen, dass dieses Wort zweierlei Sinn hat, einmal als Name für ein Symptom, dann als Name für eine Krankheit gebraucht wird. Man kennt schon jetzt das Symptom bei Syphilis, Hysterie, Chlorose, Morbus Basedowii. Diese symptomatischen Formen stehen zur Krankheit Myxödem etwa in dem Verhältniss wie Glykosurie zu Diabetes. Den myxödematösen Idiotismus hält Vortragender vorläufig nur für eine Nebenform des Idiotismus. So sicher es ist, dass man das Symptom Myxödem beseitigen kann, so zweifelhaft bleibt es, ob man auf den Verlauf des Idiotismus irgend einen wesentlichen Einfluss gewinnen wird. Erst langjährige und zahlreiche therapeutische Versuche würden darüber eine Entscheidung gestatten.

In der *Verhandlung* erwähnt Herr *P. Wagner,* dass einige Male bei *sehr* ausdauernd fortgesetzter Behandlung eine bleibende Besserung der myxödematösen Erscheinungen erzielt worden sei. Diese wird sehr erleichtert durch die Verabreichung der neuerdings hergestellten Thyreoidin-Tabletten. Vielleicht sei es noch rationeller, eine ganze Schilddrüse unter der Haut einzuheilen.

Herr *Heinrich Schmidt* erinnerte daran, dass nach Einverleibung des Schilddrüsen-Saftes nicht nur Abmagerung und Anämie mit Rückgang der Blutkörperchenzahl und des Hämoglobins, sondern auch sonstige Erscheinungen, wie Zittern, Convulsionen, Erbrechen und Herzschwäche beobachtet seien. In einem von *Foulis* berichteten Falle erfolgte nach Genuss von $^1/_4$ Drüse unter Koma und profusen Durchfällen der Tod. Vorsicht ist also dringend geboten.

Herr *Heubner* fragte, warum Herr Hoffmann die Schilddrüsen mit Alkohol behandelt habe, da man voraussetzen müsse, dass dieser die wirksamen Bestandtheile ausziehe; zweckmässiger erscheine es, die Drüse in Glycerin zu conserviren. Von der Anwendung des Schilddrüsensaftes gegen Fettleibigkeit verspricht er sich nichts.

Herr *Bahrdt* erwähnt, dass man das Thyreoidin auch gegen gewisse Hautkrankheiten versucht habe, die nicht mit Myxödem zusammenhängen, namentlich gegen hartnäckige Ekzeme und gegen Ichthyosis.

Endlich berichtete Herr *Windscheid,* dass man in einem Falle von Myxödem Veränderungen in der Hirnrinde gefunden hat, und zwar an den Ganglienzellen im Bereiche der 3. Schicht.

Auf die Frage des Herrn *Heubner* antwortete der Herr Vortragende, den Alkohol habe er zur Aufbewahrung der Drüsen lediglich aus Bequemlichkeit gewählt, da die beständige Beschaffung frischen Materials mit vielen Umständen verbunden sei. —

Hierauf stellte Herr Kollmann einen Kranken mit Urogenitaltuberkulose vor und hielt seinen Vortrag über: *Blutserumtherapie bei Syphilis.*

„Die Veröffentlichungen von *H. F. Nuttal, Hans Buchner, Fr. Voit, G. Sittmann, J. v. Fodor* u. A. im Jahre 1890 über die bakterientödtenden Eigenschaften des Vollblutes, sowie des Blutserum, ferner die Berichte *Behring's* und *Kitasato's* über das Zustandekommen der Diphtherie- und der Tetanus-Immunität bei Thieren gaben mir den Anlass zu einigen therapeutischen Versuchen bei Syphilis, die ich im December 1890 und im Januar 1891 ausführte. Ich liess mich von dem Gedanken leiten, dass es vielleicht möglich sei, durch Einspritzung von Serum der gegen Syphilis immunen Thiere beim Menschen therapeutische Erfolge zu erzielen. Zu meinen Versuchen verwandte ich damals das Blut vom Hammel, vom Kalb, vom Hund und vom Kaninchen, das unter strengen Vorsichtsmaassregeln steril aufgefangen und aufbewahrt wurde. Bis zur Ausscheidung des Serum vergingen beim Hunde ca. 36 Std., die übrigen Blutarten brauchten dazu etwa 36—48 Stunden. Im Anfange meiner damaligen Versuche benutzte ich auch einige Male ein bei 56—58° C. nach den Vorschriften *Koch's* sterilisirtes Serum. Die Versuche machte ich an 3 Lues-Kranken, ausserdem zur weiteren Prüfung des Einflusses, den das subcutan eingespritzte Thierblutserum auf den Menschen ausübt, noch an mehreren nicht luetischen Patienten. Da sich jedoch bei der Lues nicht die geringste Einwirkung herausstellte, so brach ich meine Versuche Ende Januar 1891 ab und machte sie auch wegen ihres negativen Erfolges nicht bekannt.

In Nr. 28 der Gazzetta degli Ospitali 1892 erschien dann aber ein Artikel von *Tommasoli,* worin *T.* berichtete, dass er bei 6 luetisch erkrankten Patienten durch intramuskuläre Einspritzungen von Hammelblutserum sehr gute therapeutische Erfolge erzielt habe. Dies gab mir den Anstoss dazu, auch meine Versuche aus dem Jahre 1890—91 der Oeffentlichkeit zu übergeben. [1])

Im November 1892 erschien im Giornale italiano delle Malattie Veneree e della Pelle eine andere ausführliche Veröffentlichung von *Tommasoli,* die ebenfalls sehr zu Gunsten von Thierblutserum-Injektionen sprach. Auf meine kleine Publikation liess sie sich jedoch nicht ein. *Tommasoli* machte diese aber zur Grundlage einer an mich gerichteten Kritik, die er im gleichen Jahre in Nr. 137

[1]) Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 36. 1892.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

der Gazzetta degli Ospitali erscheinen liess. Noch ausführlicher ging er auf meine Versuche ein in einem in Nr. 20 und 21 der Riforma medica im Januar 1893 erschienenen Artikel. Das Wesentliche dieser Veröffentlichungen *Tommasoli's* ist, dass er an seiner Behauptung festhält, wonach Einspritzungen von Thierblutserum bei dem luetisch erkrankten Menschen günstige therapeutische Erfolge hervorzubringen im Stande sind. Obgleich ich nun durch meine erstmaligen Versuche wenig Zutrauen zu der Methode gewonnen hatte, so nahm ich sie wegen der Mittheilungen von *Tommasoli* um Mitte März 1893 wieder auf und führte sie bis Mitte Mai streng durch. Den ersten Bericht über sie gab ich jedoch erst im September auf der Naturforscher-Versammlung in Nürnberg. Noch zuvor im Juni war in Nr. 24 der Wiener internationalen klinischen Rundschau abermals ein Artikel von *Tommasoli* über den gleichen Gegenstand erschienen, der nach einem für den im September 1892 in Wien abgehaltenen internationalen dermatologischen Congress bestimmten Vortrage abgefasst war.

Bevor ich zu der Berichterstattung über meine neueren Versuche übergehe, möchte ich hier jedoch noch an einige wichtige Punkte der Literatur über Blutserumtherapie und Blutserum-Immunisirung erinnern. Versuche, den Thierkörper dadurch zu immunisiren oder den erkrankten zu heilen, dass man ihn mit normalem Serum von Thierarten behandelt, die schon von Natur aus immun sind, wurden schon in früheren Jahren öfter ausgeführt. Die Resultate waren jedoch im grossen Ganzen negativ. Ich erwähne z. B. die Arbeiten von *Kitasato* und *Vaillard* über Tetanus, ferner die Arbeiten von *Behring* und *Wernicke* über Diphtherie. *Ogata* und *Jasahura* hatten zwar bei Milzbrand, Schweinerothlauf und Mäuseseptikämie Erfolge gesehen, sie waren jedoch von Anderen widerlegt worden. Das sonst zu Immunisirung- und Heilzwecken dienende Blutserum wurde bekanntlich in ganz anderer Weise gewonnen. So lagen die Verhältnisse noch im Jahre 1892. Im Laufe des Jahres 1893 erschienen jedoch beachtenswerthe Veröffentlichungen, die wieder zu Gunsten der Ansicht sprachen, dass es doch vielleicht möglich sei, Immunität oder Heilerfolge durch Serum von Thieren zu erringen, die schon a priori immun sind. Ich erwähne nur kurz die Veröffentlichung von *Aronson* (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 25. u. 26. 1893) über Diphtherie, der auch im Blut unbehandelter weisser Ratten eine gewisse Schutzkraft vorfand, ferner die Arbeit von *Felix Klemperer* (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. XXXI. 4 u. 5. 1893). Letzterer sagt dort ziemlich wörtlich, dass jede natürliche Immunität ganz in derselben Weise wie die erworbene durch Injektionen steigender Mengen der betreffenden Bakteriencultur gesteigert und mit Blutserum übertragbar wird. Endlich sei hier noch erwähnt eine Veröffentlichung von *Sergio Pansini* (Beitr. z. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XII. 3. 1893). Er fand, dass man bei der Infektion mit dem Diplococcus der Pneumonie Heilungen mit Serum von Thieren bewirken kann, die von Natur aus immun sind. *Pansini* bemerkt jedoch dabei ausdrücklich, dass beim Menschen eine derartige Methode nicht empfehlenswerth sei, da die zur Heilung nöthigen Mengen schon bei Thieren, die eben erst inficirt sind, derartige seien, wie sie nur bei Transfusionen grössten Maassstabes zur Verwendung kommen.

Zu meinen *neueren* Versuchen verwandte ich ausschliesslich das Blut vom *Hammel*. Es wurde im hiesigen städtischen Schlachthof in sterilen Gefässen aufgefangen und dann sofort in das pathologische Institut geschafft, wo es bis zur Ausscheidung von Serum, die nach ca. 24—48 Stunden erfolgt war, im Keller stehen blieb. Ich spreche an dieser Stelle Herrn *Birch-Hirschfeld* für die liebenswürdige Ueberlassung aller zu der Serumgewinnung u. s. w. nöthigen Hülfsmittel meinen besten Dank aus. Im Ganzen bsnutzte ich 16 verschiedene Serien von Blutserum, darunter eine von Serum, das nach *Koch's* Verfahren sterilisirt war und dann unter Aether aufbewahrt wurde. Dieses Aetherserum ist bei der Berechnung der verspritzten Quantitäten jedoch stets besonders gehalten und hier überhaupt gar nicht mit berücksichtigt. Nach der Ablieferung an mich kam das Serum sofort in den Eisschrank, wo es bei einer Temperatur von im Mittel 5° R. stehen blieb. Es wurde immer möglichst an dem Tage der Entnahme oder an den unmittelbar darauffolgenden Tagen verspritzt.

Vom 8. April ab erfolgte auch eine genaue bakteriologische Prüfung der gewonnenen Serumarten durch Herrn *Popitz*, dem ich ebenfalls bestens danke. Gewöhnlich wurden zwei Gelatineplatten gegossen und bei Zimmertemperatur aufbewahrt. Zwei Agarplatten kamen in den Brütofen. Der Rest des Serum wurde ebenfalls im Brütofen aufbewahrt. Pathogene Keime zeigten sich dabei niemals. In den wenigen Fällen, wo sich Keime vorfanden, handelte es sich nur um zufällig aus der Luft hineingelangte Organismen. Alles steril gebliebene Material wurde bis Anfang August 1893 aufbewahrt und stetig controlirt.

Zu meinen therapeutischen Versuchen benutzte ich 18 Syphilitische; 8 davon waren bereits früher specifisch behandelt, 10 hatten noch niemals eine specifische Behandlung durchgemacht; 5 von den 8 specifisch Vorbehandelten bekamen nach Beendigung der Serumeinspritzungen von mir noch Quecksilber, bez. Jodkalium. Die verspritzten Serummengen schwankten in diesen Fällen zwischen 91.5 ccm und 136.0 ccm. Das *Tommasoli*'sche Maximum liegt, wie ich ausdrücklich bemerke, aber noch unterhalb von 90 ccm. 2 von diesen 5 Patienten sind auch heute noch, trotz mehrmonatiger Quecksilber- und Jodkaliumbehandlung, schwer krank. Der Patient, der 91.5 ccm Serum eingespritzt erhalten hatte, zeigt z. B. noch zahlreiche ausgebreitete Plaques am weichen Gaumen und an den Tonsillen, ausserdem Auftreibungen an den Knochen. Sein Allgemeinzustand ist schlecht. Von den 3 übrigen Kranken dieser Rubrik will ich nur 2 kurz erwähnen:

Eine Patientin, die 125.0 ccm Serum eingespritzt erhalten hatte, zeigte schon vor Beginn der Einspritzungen wenig objektive Symptome. Es ist dies auch heute noch der Fall. Dahingegen traten bei der Patientin, die 142.5 ccm eingespritzt erhalten hatte, während der Seruminjektionen und kurz nachher frische Erscheinungen von Syphilis auf, vor Allem Plaques im Rachen und Papeln an den Genitalien und am After. Die Papeln sind zwar unter Lokalbehandlung neuerdings verschwunden,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

die Rachenplaques bestehen jedoch immer noch recht hartnäckig weiter.

Von den 10 nicht vorbehandelten Kranken seien hier 9 erwähnt.

Bei 5 von diesen 9 wurde ebenfalls Quecksilber angewendet, nachdem sich die Erfolglosigkeit der Serumeinspritzungen gezeigt hatte. Die geringste Serummenge betrug in diesen Fällen 108.5 ccm, die höchste 165.0 ccm. Der Patient, der 165.0 ccm Serum injicirt erhalten hatte, bekam schliesslich eine doppelseitige Iritis. Bei den 4 anderen Kranken dieser Rubrik (171.5 ccm, 160.0 ccm, 185.0 ccm und 205.0 ccm) wurde aber bis zum heutigen Tage, also $6^1/_2$ Monate nach beendigter Serumkur, weder Jodkalium, noch Quecksilber in irgend einer Form gereicht.

Der erste von diesen 4 Kranken, der schon von Anfang an sehr leicht erkrankt war, zeigt heute fast gar keine Symptome; nur zeitweilig treten Plaques im Rachen auf, z. B. bei Tabaksgenuss. Der Allgemeinzustand war gut. Der zweite Patient, der von Anfang an eine schwerere Lues darbot, ist heute bedeutend gebessert; vor Allem verschwand ein grosser Kranz von Condylomen am After vollkommen, aber erst, seitdem die Seruminjektionen abgebrochen wurden und dann eine einfache Lokalbehandlung eintrat. Zur Zeit besteht das einzige, halbwegs sichere Symptom von Lues nur in zeitweilig erscheinenden geringen Plaques an den Tonsillen. Der Allgemeinzustand ist gut. Für die Zuweisung dieses interessanten Kranken bin ich Herrn *Benno Schmidt* und Herrn *Flathe* zu Dank verpflichtet. Der dritte Patient zeigte während der Injektionsbehandlung sehr wenig Allgemeinerscheinungen. Diese bestanden fast nur in Kopfschmerzen. Nach Beendigung der Injektionen bildete sich jedoch ganz allmählich aus linsengrossen Papeln ein ausgebreitetes Syphilid hervor; ausserdem erschienen Plaques im Rachen. Der allgemeine Kräftezustand ist in diesem Falle nicht gut. Der vierte Patient bekam während der Injektionen ein papulöses Exanthem und sehr starke Plaques an den Tonsillen, sowie Condylome am After. Das Exanthem bildete sich erst nach Aufhören der Injektionen allmählich wieder zurück; ebenso verschwanden dann die Plaques und die Condylome allmählich unter einfacher Lokalbehandlung. Der Allgemeinzustand ist gegenwärtig durchaus befriedigend.

Um mich vor Täuschungen möglichst zu schützen, habe ich alle wichtigeren Patienten mit Erscheinungen im Mund, Nasen-Rachenraum, Kehlkopf und an den Augen nebenbei auch noch an einige mir befreundete Specialisten zur controllirenden Beobachtung geschickt. Es waren dies Herren *R. Heymann, Mackenthun, Pfeiffer* und *Schwarz*. Die Herren haben die Güte gehabt, die Patienten längere Zeit hindurch auch von ihrem Standpunkte aus genau zu beobachten und die Befunde zu protokolliren. Ich spreche ihnen auch an dieser Stelle meinen besten Dank aus.

Da es für mich selbstverständlich von Interesse war, auch zu erfahren, welche Wirkung Seruminjektionen bei nicht luetischen Patienten hervorbringen, so machte ich auch einige Versuche in dieser Richtung. Ich verwandte dazu 5 Patienten, die wegen andersartiger Affektionen zu mir in Behandlung gekommen waren. Bei einem Patienten ging ich hierbei im Ganzen bis zu 100.5 ccm Serum.

Von den lästigen *Nebenerscheinungen* bei Anwendung der Seruminjektionen, die von *Tommasoli* in seinen Veröffentlichungen mehrfach beschrieben werden, habe ich in meinen Fällen nur wenig nachweisen können. Oertliche Störungen traten fast nie ein. Stärkere Reizerscheinungen zeigten sich nur ein einziges Mal, und zwar kam es in diesem Falle zu einem richtigen Abscess, der eröffnet werden musste. Ziemlich häufig sah ich jedoch einige Stunden nach der Injektion eine Erhöhung der Blutwärme. Nicht selten beobachtete ich fernerhin einige Tage nach der Injektion das Auftreten von *Quaddeln* und *Erythemen*, die sich gelegentlich fast über den ganzen Körper ausbreiteten, und zwar in gleicher Weise bei luetischen und bei nicht-luetischen Patienten. Die Quantität des Serum schien ohne Einfluss auf diese Erscheinungen zu sein; wenigstens kam es in einem Falle, wo ich sogar 20.0 ccm auf einmal subcutan verspritzte, nicht zu dem Auftreten dieser Symptome. Bei zwei Patienten beobachtete ich während der Injektionsbehandlung hier und da *Albumen* im Harn. Ob dieses in Folge der Injektionen auftrat, kann ich jedoch nicht entscheiden; bekanntlich wird ja auch sonst bei Lues gar nicht selten Albuminurie beobachtet. Blutigen Harn habe ich niemals gesehen.

Auf Grund meiner bisher angestellten Versuche muss ich annehmen, dass Einspritzungen von Hammelblutserum bei Lues einen heilenden Einfluss *nicht* auszuüben vermögen. Wichtig ist hierbei der Umstand, dass ich in einigen Fällen Serummengen eingespritzt habe, die sogar das 2—3fache der *Tommasoli*'schen Maxima darstellen. Die Beobachtung dauerte bei den meisten meiner neueren Patienten bis jetzt $8^1/_2$ Monate. Neben diesem negativen Ergebnisse haben sich jedoch für mich auch noch einige allgemeine positive nützliche Gesichtspunkte herausgestellt. Vor Allem habe ich gesehen, dass auch unzweideutige Symptome von Lues ohne jegliche medikamentöse, lokale oder allgemeine Behandlung eine sehr wechselnde Gestalt zeigen und selbst vollständig ausheilen können. Dies gilt in erster Linie von den Plaques im Rachen und an den Tonsillen. Nicht nur ich, sondern auch mehrere der Herrn, die die Güte hatten, die Patienten zu controlliren, haben sich öfters davon überzeugt, wie diese Krankheitserscheinungen wechselten. Dabei blieben Symptome von Lues an anderen Körperstellen ruhig weiter bestehen. Bei zwei Patienten schwanden einige Zeit nach dem Aufhören der Injektionsbehandlung aber auch andersartige unzweideutige, ausgebreitete, luetische Erscheinungen allmählich vollständig, und zwar, ohne dass auch nur die geringste Menge von Quecksilber oder Jodkalium zur Anwendung kam und ohne dass eine Schädigung des Allgemeinzustandes bis zum heutigen Tage bemerkbar wäre. Selbstverständlich will ich damit durchaus nicht etwa zu Gunsten einer rein exspektativen oder nur örtlichen Behandlung eintreten; ich habe ja auch unter meinen Patienten mehrere beobachtet, bei denen ich zur specifischen Behandlung übergehen musste. Ich möchte nur im Allgemeinen auch von meiner Seite aus mit dazu beitragen, dass man nicht vom Quecksilber und vom Jodkalium allein Alles erwartet. Man wird auf diese Weise vor allzugrossem therapeutischen Uebereifer am besten geschützt sein."

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

224. *Guinard*, *L.* Ueber einige Wirkungen des Apocodeins. S. 130.
225. *Posselt*, *A.* Ein Fall von Kohlenoxydvergiftung. S. 132.
226. *Inoko*, *Y.* Zur Kenntniss der Pilzvergiftung. S. 133.
227. *Kramer*, *Leop.* Ueber die Santonin-Krämpfe beim Kaninchen. S. 133.

IV. *Neuropathologie und Psychiatrie.*

228. Ueber Morbus Basedowii. S. 134.
229. *Redlich.* Ueber Störungen des Muskelsinns und des stereognostischen Sinnes bei der cerebralen Hemiplegie. S. 139.
230. *Anton.* Beiträge zur klinischen Beurtheilung und zur Lokalisation der Muskelsinnstörungen im Grosshirne. S. 140.
231. *Kolisch*, *Rudolf.* Zur Lehre von den posthemiplektischen Bewegungserscheinungen. S. 140.
232. *Sommer.* Zur Pathologie des Linsenkerns und der inneren Kapsel. S. 141.
233. *Pick*, *A.* Ueber allgemeine Gedächtnissschwäche als Folge cerebraler Herderkrankung, mit einem Beitrage zur Lehre von der topischen Diagnostik der Sehhügelläsionen. S. 141.
234. *Masing*, E. Ein Fall von isolirtem Sehhügeltumor. S. 141.
235. *Kolisch.* Ein Fall von Ponstumor. S. 142.
236. *Quincke*, *H.* Ueber puerperale Hemiplegien. S. 142.
237. *Stembo*, *L.* Zur Casuistik der akuten primären hämorrhagischen Encephalitis. S. 142.
238. *Koenig*, *Wilh.* Ueber eine seltene Form der cerebralen Kinderlähmung. S. 142.
239. *Jacobson*, *D. E.* Einige sonderbare Fälle von Hemiplegie ohne entsprechende Herdleiden im Gehirn. S. 143.
240. *Newmark*, *Leo.* Ueber familiäre Formen der spastischen Paraplegie. S. 143.
241. *Senator*, *H.* Ueber hereditäre Ataxie (Friedreich'sche Krankheit). S. 144.
242. *Oppenheim*, *H.* u. *H. H. Hoppe.* Zur pathologischen Anatomie der Chorea chronica progressiva hereditaria. S. 144.
243. *Turner.* Anatomische Untersuchung der Centralwindungen in 5 Fällen von Chorea. S. 144.
244. *Dana*, *Charles L.* Ueber den infektiösen Ursprung der Chorea. S. 145.
245. *Senator*, *H.* Ueber akute Polymyositis und Neuromyositis. S. 145.
246. *Stintzing*, *R.* Ueber Diplegia facialis (Prosopodiplegie). S. 145.
247. *Bernhardt*, *M.* Ueber isolirt im Gebiet des N. peroneus dexter superficialis auftretende klonische Krämpfe der Mm. peroneus longus et brevis. S. 146.
248. *Burr*, *Charles W.* Ueber 1 Fall periodischer Gliederlähmung. S. 146.
249. *de Montyel*, *E. Marandon.* Ueber die Beziehungen zwischen Malaria und Alkoholismus. S. 146.
250. *Sollier*, *Paul.* Ueber cirkuläre Neurasthenie. S. 146.

V. *Innere Medicin.*

251. *Schmidt*, *Heinrich.* Ueber Influenza (Zusammenstellung). S. 146.
252. *Honigmann*, *G.* Neuere Arbeiten über Physiologie und Pathologie des Magens und des Darms (Zusammenstellung). S. 156.
253. Ueber die Behandlung des Myxödems. S. 163.
254. *Pick*, *A.* Ueber die Beziehungen einiger Hauterkrankungen zu Störungen im Verdauungstracte. S. 166.
255. *Jessner.* Ein dermatologisches System auf pathologisch-anatomischer (Hebra'scher) Basis. S. 166.
256. *Moncorvo.* Ueber angeborene Elephantiasis. S. 166.
257. *Bayet.* Ueber die Entstehung der Elephantiasis. S. 167.
258. *Mathieu.* Ueber eine Abart des nervösen Oedems. S. 157.
259. *Vandervelde.* Anatomische Untersuchung bei Sclerodermie. S. 167.
260. *Pfeiffer*, *Victor.* Ueber einen Fall von herdweiser Atrophie des subcutanen Fettgewebes. S. 167.

VI. *Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.*

261. *Morsbach*, *E. jun.* Pessarbehandlung. S. 168.
262. *Gelpke*, *L.* Beitrag zur operativen Behandlung der Lageveränderungen der Gebärmutter. S. 168.
263. *Napier*, *Leith A. D.* u. *F. J. Schacht.* Ventrofixatio oder Hysteropexie. S. 168.
264. *Purslow*, *C. E.* Ueber Behandlung der Retroversio während der Schwangerschaft. S. 168.
265. *Wolf*, *Sidney.* Beiträge zur Kenntniss des Cervikalsekrets bei chronischen Endometritiden. S. 169.
266. *v. Franqué*, *Otto.* Beitrag zur pathologischen Anatomie der Endometritis exfoliativa. S. 169.
267. *Leyden*, *H.* Adhäsive Implantation eines Uterusmyoms in den Cervikalkanal. S. 169.
268. *Mally.* Ueber elektrische Behandlung der Uterusfibrome. S. 170.
269. *Cholmogoroff*, *S.* Ueber die Anwendung der vaginalen Totalexstirpation des Uterus bei interstitiellen Fibromen. S. 170.
270. *Herzfeld*, *K. A.* Ueber eine neue Methode der Totalexstirpation des Uterus. S. 170.
271. *Rosthorn.* Zur retroperitonäalen Stielversorgung bei Myomotomie nach Chrobak. S. 170.
272. *Winter.* Ueber die Recidive des Uteruskrebses, insbesondere über Impfrecidive. S. 171.
273. *Lebensbaum*, *M.* Krebs der Vagina als Impfmetastase bei Corpuscarcinom. S. 172.
274. *Pozzi*, *S.* Ueber conservative Operationen an den Ovarien. S. 172.
275. *Sippel*, *A.* Zur Casuistik partieller Resektion des erkrankten Ovarium. S. 172.
276. *Aldibert.* Ueber Ovariotomie bei Kindern. S. 173.
277. *Aust-Lawrence.* Ueber Ovariotomie im Wochenbette. S. 173.
278. *des Barres*, *Le Roy.* Ovariotomie bei puerperaler Septikämie. S. 173.
279. *Engström*, *Otto.* Ueber Reflexhemmung der Athem- und Herzbewegungen bei operativen Eingriffen in der Bauchhöhle. S. 174.
280. *Neugebauer*, *Fr. L.* Beitrag zur Lehre vom Exostosenbecken, speciell der Aetiologie und Genese der Promontorialexostosen, und der Frage der Geburtsläsionen der hinteren Wand des Tractus genitalis, sowie der Coincidenz von Läsionen an der hinteren und vorderen Wand desselben. S. 174.
281. *Everke*, *Karl.* Ueber die perforirende Scheidenzerreissung in der Geburt. S. 174.
282. *Oker-Bloom.* Contraktur des Uterus als Geburtshinderniss. S. 174.
283. *Pinard*, *A.* Ueber die Wendung durch äussere Handgriffe. S. 175.
284. *Etter*, *P.* Die Zange als Hebel. S. 175.
285. *Tournay.* Ueber Anlegung der Zange an den hochstehenden Kopf und ihre Form. S. 175.
286. *Oker-Blom*, *M.* Fall von Lithopädion und normaler Schwangerschaft. S. 175.
287. *Allen*, *H. C.* Frühe Lebensfähigkeit bei Zwillingen. S. 175.
288. *Breus*, *Carl.* Zur Behandlung des Nabelschnurbruches. S. 175.
289. *Steffen*, *A.* Ueber Purpura. S. 176.
290. *Starck.* Zur Casuistik der Barlow'schen Krankheit. S. 176.
291. *Lehmann*, *E. R.* Ein Fall von symmetrischer Gangrän der Beine. S. 176.

VII. *Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.*

292. *Heintze.* Die Exstirpation peripherer Aneurysmen. S. 177.
293. *Terrier*, *F.* u. *H. Hartmann.* Ueber ein diffuses Aneurysma der Art. poplitaea. S. 177.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

294. *Reinhold, G.* Ein Fall von Oelcyste auf der linken Schläfenbeinschuppe. S. 177.
295. *Le Fort, R.*, u. *E. Albert.* Ueber das Hygrom der Reiter. S. 177.
296. *Landerer.* Zur Chirurgie des Magens. S. 177.
297. *Waitz, H.* Ueber den Einfluss innerer Darmverwachsungen nach Laparotomien auf die Entstehung von Bauchbrüchen. S. 178.
298. *Sonnenburg.* Ein durch Operation geheilter Fall von innerer Einklemmung (Hernia retroperitonaealis Treitzii). S. 178.
299. *Picqué, L.* u. *P. Poirier.* Ueber die Hernia obturatoria. S. 179. [S. 179.
300. *Lejars.* Ueber Hernien, die den Eileiter enthalten.
301. *Schoonen.* Ueber Cystocele cruralis. S. 179.
302. *Schede, M.* Ueber den Gebrauch der versenkten Darmnaht bei Laparotomien und bei Unterleibsbrüchen. S. 179.
303. *Cheyne, W. Watson.* Ueber Operation der Schenkelhernien. S. 180.
304. *Kocher, Theod.* Zur Radikalkur der Hernien. S. 180.
305. *Flaischlen, Nicolaus.* Ein Fall von Pankreascyste. S. 181.
306. *Hersche, Jos.* Operation einer Pankreascyste von seltener anatomischer Lagerung. S. 181.
307. *Schwartz.* Ueber 1 Fall von Pankreascyste. S. 181.
308. *Habs.* Operation der Phimose nach Dr. Hagedorn. S. 181.
309. *Zöller, A.* Ueber die chirurgische Behandlung der männlichen Hypospadie und Epispadie. S. 182.
310. *Schmid, Hans.* Prostatectomia alta. S. 182.
311. *Arnheim.* Ein Fall von Harnblasenverletzung verursacht durch Beckenfraktur. S. 182.
312. *Neugebauer, Franz L.* Eine ihrem Ausgange nach einzig dastehende Beobachtung von frakturärer Spaltung des Beckenringes. S. 182.
313. *Lumniczer, L.* Beiträge zum Heilverfahren bei Knochenbrüchen. S. 182.
314. *Romniciano, G.* Ueber Pseudoarthrose nach Bruch beider Unterschenkelknochen bei einem rhachitischen Knaben. S. 183.
315. *Gaupp, R.* Die Fraktur des Talus. S. 183.
316. *Seiler, H.* Ein Fall von Luxatio tali completa mit Torsion des Talus um seine Längsachse. Blutige Reduktion. Heilung. S. 183.
317. *Röhl, E.* Ruptur der Sehne des rechten Musculus quadriceps femoris. Sehnennaht. S. 183.
318. *Strauss, H.* Ueber einen Fall von Oligodaktylie. S. 183.
319. *Brohl.* Beseitigung der narbigen Syndaktylie mittelst Thiersch'scher Transplantationen. S. 183.
320. *Mondan* u. *Ch. Audry.* Ueber Tuberkulose des Schultergelenks. S. 184.
321. *Yvert, A.* Ueber die Resektion des Brustbeins. S. 184.
322. Verhandlungen der Amerikanischen ophthalmologischen Gesellschaft. S. 184.

VIII. *Hygieine und Staatsarzneikunde.*

323. *Erismann, F.* Die städtische Sanitätsstation zur Untersuchung von Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen beim hygienischen Institute der kais. Universität in Moskau. S. 186.
324. *Lehmann, K. B.* Hygienische Studien über Mehl und Brot, mit besonderer Berücksichtigung der gegenwärtig in Deutschland üblichen Brotkost. S. 187.
325. *Nothwang, Fr.* Ueber die Veränderungen, welche frisches Fleisch und Pökelfleisch beim Kochen und Dünsten erleiden. S. 188.
326. *Niebel, W.* Ueber Kaviar, seine Bereitung, Beurtheilung und seine Verfälschungen. S. 188.
327. *Weiske, H.* Ueber die Bedeutung des Asparagins für die Ernährung der Herbivoren. S. 188.
328. a) *Baron, Paul.* Ueber die Art des Todes beim Erhängen. — b) *Thomas, Joseph.* Ueber die Diagnose des Erhängens. S. 188.
329. *Ignatowsky, A.* Zur Frage nach der Ursache des Todes beim Erhängen. S. 189.
330. *Laborde.* Ueber die Erfolge des rhythmischen Ziehens an der Zunge bei Scheintodten. S. 189.
331. *Seydel, C.* Ein interessanter Fall von Phosphorvergiftung. S. 189.
332. *Richter, Max.* Verletzungen aus „Zufall" oder „Nothwehr" und ihre gerichtsärztliche Begutachtung. S. 189.
333. *Haberda.* Die gerichtsärztliche Bedeutung von Rachenverletzungen in Leichen Neugeborener. S. 190.
334. *Krömer.* Simulation von Geistesstörung. S. 190.
335. *Bourneville.* Ueber Anwendung des Thermometers zum Nachweise des Todes. S. 190.

IX. *Medicin im Allgemeinen.*

336. *Beljakoff, S.* Ueber Selbstmord und unglückliche Zufälle in psychiatrischen Anstalten. S. 190.
337. *Lachr, Hans.* Ueber den Einfluss der Witterung auf Nerven- und Geisteskranke. S. 191.
338. *Huber, J. Ch.* Zur älteren Geschichte der klinischen Helminthologie. S. 191.
339. *Müller, Arth.* Beitrag zur Kenntniss der Taenia echinococcus. S. 191.
340. *de Magelhães, Pedro S.* Ueber Erkrankungen der Menschen durch gewisse Fliegen. S. 192.

B. Originalabhandlungen und Uebersichten.

II. *Heffter, A.* Ueber Diabetes mellitus. S. 193.

C. Bücheranzeigen.

16. *Hansemann, David.* Studien über die Specificität, den Altruismus und die Anaplasie der Zellen, mit besonderer Berücksichtigung der Geschwülste. S. 209.
17. *Günther, C.* Einführung in das Studium der Bakteriologie, mit besonderer Berücksichtigung der mikroskopischen Technik. S. 213.
18. *Baumgarten, P.* Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen u. s. w. S. 213.
19. *Boas, I.* Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. S. 214.
20. *Ewald, C. A.* Klinik der Verdauungskrankheiten. S. 215.
21. *Magnan, V.* Psychiatrische Vorlesungen. S. 216.
22. *Lähr, H.* Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hülfsdisciplinen in allen Ländern. S. 219.
23. *Scheube, B.* Die Beriberi-Krankheit. S. 219.
24. *Loumeau, E.* Chirurgie des voies urinaires. S. 220.
25. *Hirsch, August.* Geschichte der medicinischen Wissenschaften in Deutschland. S. 220.

Berichte der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig. S. 221.

(*F. A. Hoffmann*, Ueber einen Fall von myxödematösem Idiotismus. — *Kollmann*, Ueber Blutserumtherapie bei Syphilis.)

Für die Redaktion verantwortlich: *Dr. P. J. Möbius* und *Dr. H. Dippe.* — Druck von Walter Wigand in Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

NEWBERRY LIBRARY CHICAGO

SCHMIDT'S JAHRBÜCHER

DER

IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMMTEN MEDICIN.

UNTER MITWIRKUNG VON

Prof. Dr. A. WINTER

REDIGIRT VON

Dr. P. J. MÖBIUS und Dr. H. DIPPE

IN LEIPZIG.

Band 241.

JAHRGANG 1894. — Nr. 3.

LEIPZIG 1894.

VERLAG VON OTTO WIGAND.

Inhalt.

A. Auszüge.

Medicinische Physik, Chemie u. Botanik.
Anatomie u. Physiologie. Nr. 341—358.
Allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie. Nr. 359—374.
Pharmakologie u. Toxikologie. Nr. 375—390.
Neuropathologie u. Psychiatrie. Nr. 391—412.
Innere Medicin. Nr. 413—428.
Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde. Nr. 429—451.
Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde. Nr. 452—476.
Hygieine u. Staatsarzneikunde.
Medicin im Allgemeinen.

B. Bücheranzeigen. Nr. 26—40.

C. Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes. S. 281.

Sach- und Namenregister. S. 349.

Ausgegeben den 15. März 1894.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Um Einsendung von Sonder-Abzügen, Dissertationen etc. wird ergebenst gebeten. Alle Sendungen wolle man an die Expedition, Leipzig, Rossplatz 3, adressiren.

Inhalt.

A. Auszüge.

I. *Anatomie und Physiologie.*

341. *Popowsky, J.* Phylogenesis des Arteriensystemes der unteren Extremitäten bei den Primaten. S. 225.
342. *Ruge, Hans.* Ein Fall von Sirenenbildung. S. 225.
343. *Gerlach, W.* Ein Beitrag zur Lehre von den Elementarorganismen. S. 225.
344. *Dannehl, P.* Ueber die cadaverösen Veränderungen der Altmann'schen Granula. S. 225.
345. *Stroebe, H.* Ueber Vorkommen und Bedeutung der asymmetrischen Karyokinese, nebst Bemerkungen über die „Schlummerzellen" in der verletzten Cornea. S. 226.
346. *Haasler, F.* Ueber compensatorische Hypertrophie der Lunge. S. 226.
347. *Lange, F.* Ueber Zungenbewegungen. S. 226.
348. *Cavazzani.* Ueber die vasomotorische Bedeutung des Halssympathicus. S. 227.
349. *Townsend, Porter W.* Ueber die Wirkung der Unterbindung der Coronararterien. S. 227.
350. *Rubner, M.* Die Quelle der thierischen Wärme. S. 227.
351. *Buys, E.* Ueber einen Fall von dauerndem Eiweissmangel in der Nahrung. S. 228.
352. *Tominga, K.* Ueber den Verbrauch an stickstoffhaltigen Substanzen in verschiedenen Organen der Thiere. S. 228.
353. *Albertoni, Pietro.* 1. Ueber die Wirkung subcutaner Einspritzungen von Kochsalzlösung auf die Abscheidung der Galle. — 2. Ueber die Absonderung der Galle beim Hungern. S. 228.
354. *Barbéra, A. G.* Ueber Stickstoff und Wasser der Galle und des Harns. S. 228.
355. *Haig, A.* Steigert die Aufnahme von Harnsäure durch den Mund ihre Menge im Harn? S. 228.
356. *Marfori, Pio.* Ueber die Ammoniakmengen, welche der Organismus in Harnstoff umzuwandeln vermag. S. 229.
357. 1. *Bial, Manfred.* Ueber die Beziehungen des diastatischen Fermentes des Blutes und der Lymphe zur Zuckerbildung in der Leber. — 2. *F. Röhmann* u. *M. Bial.* Ueber den Einfluss der Lymphagoga auf die diastatische Wirkung der Lymphe. S. 229.
358. *Harley, Vaughan.* Ueber den Einfluss des Blutzuckers auf die Athemluft und die Körperwärme. S. 230.

II. *Allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie.*

359. *Wollny, R.* Auf kaltem Wege sterilisirte, eiweisshaltige Nährböden. S. 230.
360. *Hauser.* Weitere Mittheilungen über Verwendung des Formalins zur Conservirung von Bakterienculturen. S. 230.
361. *Mühsam, R.*, u. *C. Schimmelbusch.* Ueber die Farbproduktion des Bacillus pyocyaneus bei der Symbiose mit anderen Mikroorganismen. S. 230.
362. *Nishimura, Toyosaku.* Untersuchung über die chemische Zusammensetzung eines Wasserbacillus. S. 231.
363. *Casati, A.* Pneumokokken im Blut von Pneumoniekranken. S. 231.
364. *Lanz, Otto.* Experimentelle bacilläre Polyarthritis suppurativa. S. 231.
365. *Hamburger, H. J.* Hydrops von bakteriellem Ursprung. S. 231.
366. *Bornträger, J.* Skorbut auf Schiffen. S. 231.
367. *Barbacci, C.* Ueber die Entstehung der Perforation-Peritonitis. S. 231.
368. *Geissler.* Die Uebertragbarkeit des Carcinoms. S. 232.
369. *Driessen.* Untersuchungen über glykogenreiche Endotheliome. S. 232.
370. *Siegert, F.* Ueber primäre Geschwülste der unteren Luftwege. S. 233.
371. *Siegert, Ferd.* Untersuchungen über die „Corpora amylacea sive amyloidea". S. 233.
372. *Marie, Pierre.* Ueber endogene und exogene Erkrankungen der weissen Stränge des Rückenmarkes. S. 234.
373. *Berdez.* Ueber den Verlauf der sensorischen Fasern im Rückenmarke. S. 234.
374. *May, R.* Der Stoffwechsel im Fieber. S. 234.

III. *Pharmakologie und Toxikologie.*

375. *Kayser, Heinrich.* Ueber den Einfluss des Salipyrins bei Gebärmutterblutungen. S. 235.
376. *Dujardin-Beaumetz* u. *Stacklen.* Ueber die Heilwirkung des Asaprols. S. 235.
377. *Marfori, Pio.* Ueber die Wirkung einiger Guajacol-Derivate. S. 236.
378. *Monnaco, D. Lo*, u. *R. Oddi.* Ueber die Wirkung der Nessel-Arten. S. 237.
379. *Cushny, Arthur R.* Ueber die Wirkung des Muscarins auf das Froschherz. S. 237.
380. *de Montyel, E. Marandon.* Ueber die Wirkung des Thymacetins. S. 237.
381. *Mayer, Hans.* Ueber einige pharmakologische Reaktionen der Vogel- und Reptilien-Iris. S. 238.
382. *Rommel.* Ueber die anästhesirende Wirkung einiger organischer Herzgifte auf das Auge. S. 239.
383. *Valude, E.* Ueber die Heilwirkung des Antipyrins bei manchen Formen der Opticus-Atrophie. S. 239.
384. *Bellarminoff.* Untersuchungen mit der quantitativen colorimetrischen Methode über die Resorption in die vordere Kammer. S. 239.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

INTELLIGENZBLATT

zu den

Jahrbüchern der in- und ausländischen gesammten Medicin.

№ 3.] Insertionsgebühren werden mit 30 Pf. für die gespaltene Petitzeile berechnet. Schriften für das medicinische Publikum dürften nur durch unsere Jahrbücher am schnellsten und erfolgreichsten bekannt gemacht werden. [1894.

Moorbäder im Hause und zu jeder Jahreszeit.



Einziger **natürlicher Ersatz** für Mineral-Moorbäder.

Mattoni's Moorsalz
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

Mattoni's Moorlauge
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Heinrich Mattoni, Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Verlag von **Otto Wigand** in **Leipzig.**

Die
Tripperansteckung
beim
weiblichen Geschlechte.
Ein klinischer Vortrag
von
Dr. med. M. Sänger
Prof. der Geburtshülfe u. Gynäkologie an der Universität Leipzig.
Preis 1 Mark.

Ueber Pessarien.
Ein klinischer Vortrag
von
Dr. med. M. Sänger
Prof. der Geburtshülfe u. Gynäkologie an der Universität Leipzig.
Preis 1 Mark.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.
Soeben erschienen die 7. und 8. Lieferung:
Mikrophotographischer
Atlas der Bakterienkunde
von
Prof. Dr. **C. Fränkel** und Prof. Dr. **R. Pfeiffer.**
Zweite Auflage. 1894. à Lieferung 4 Mark.

Die Behandlung
der tuberkulösen Lungenschwindsucht
von Dr. **Aug. von Székely.**
1894. gr. 8. 2 Mk. 80 Pf.

Die Pathologie und Therapie
der
Nierenkrankheiten.
Klinisch bearbeitet
von Prof. Dr. **S. Rosenstein.**
Vierte verbesserte Auflage.
1894. gr. 8. Mit Holzschnitten und 7 Tafeln. 20 Mk.

Verlag von **Otto Wigand** in **Leipzig.**

Geissler, Dr. med. **A., Die Farbenblindheit,** ihre Prüfungsmethoden u. ihre praktische Bedeutung. Nach den neueren Untersuchungen übersichtlich dargestellt. Mit einer farbigen Tafel. gr. 8. Preis 1.50 M.

Sogar der Name „**Sagradawein**" wird missbraucht. Imitationen (Kanoldt Nachfg. etc.) sind weder in Stärke noch Wohlgeschmack dem Original ähnlich.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Gustav Fock, Buchhandlung, **Leipzig**
sucht zu kaufen und erbittet diesbezügl. Angebote:
Schmidt's Jahrbücher, complet, sowie einzelne Serien und Bände.

Verlag von Otto Wigand in Leipzig.

San Remo, eine deutsche Winterkolonie. Neu bearb. von Dr. R. Koerner und Dr. C. Rieth. 3. verbesserte Auflage. Mit 4 Karten und 1 Temperatur-Tabelle. 5 Mark.

Bei **A. Hirschwald** in **Berlin** erschien soeben:
Archiv
für
klinische Chirurgie.
(Begründet von **B. v. Langenbeck**)
herausgegeben von
Dr. **v. Bergmann** und Dr. **Gurlt,**
Prof. in Berlin, Prof. in Berlin.
47. Band. 1. Heft.
Mit dem Porträt *Billroth's*, 4 Tafeln und Holzschnitten.
gr. 8. 9 M.

In meinem Verlage ist soeben erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:

Psychiatrie
von
Dr. Th. Ziehen,
a. o. Professor an der Universität Jena.

Mit 10 Abbildungen in Holzschnitt und 10 physiognomischen Bildern auf 6 Lichtdrucktafeln.

Preis: geheftet 9 Mark 60 Pf., gebunden 10 Mark 80 Pf.

Das Werk, welches sich eng an die vom Verfasser in seinem „Leitfaden der physiologischen Psychologie" vorgetragenen Lehren anschliesst, enthält alle wesentlichen Thatsachen der allgemeinen und speziellen Psychopathologie. Den neuropathologischen Begleitsymptomen der Geisteskrankheiten ist allenthalben eine ausführliche Beschreibung gewidmet. Besonderes Gewicht ist auch auf die Behandlung der Geistesstörungen ausserhalb der Anstalt bezw. bis zur Einlieferung in die Anstalt gelegt.

Berlin, März 1894.

Friedrich Wreden.

die

Verlag von **Otto Wigand** in **Leipzig.**

Soeben erschien:

Ueber die Rehabilitation
der
Schamfugentrennung
oder
Symphyseotomie
durch die geburtshülfliche Schule in Neapel.

Von
Dr. med. Franz Ludwig Neugebauer
in Warschau.

I. Theil.
Die Geschichte des Schamfugenschnittes und die bisherige Casuistik von 437 Operationen von 1777 bis Ende Juni 1893.

Nebst Litteraturverzeichniss.

Preis 6 Mark.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 241. 1894. № 3.

A. Auszüge.

I. Anatomie und Physiologie.

341. **Phylogenesis des Arteriensystemes der unteren Extremitäten bei den Primaten**; von J. Popowsky. (Anatom. Anzeiger VIII. 20. p. 657. 1893.)

P. statuirt eine topographische Abhängigkeit zwischen dem Verlaufe der Arterien und dem der Nerven und nimmt an, dass hierbei das Nervensystem, als die bei Weitem frühere Anlage, die Direktive für die Entwickelung der Arterienstämme abgiebt. Teichmann (Berlin).

342. **Ein Fall von Sirenenbildung**; von Dr. Hans Ruge. (Virchow's Arch. CXXIX. 3. p. 381. 1892.)

Die Einzelheiten des interessanten Falles von Sympus apus sind in einem Referat nicht gut wiederzugeben. Wir führen nur an, dass es sich um eine ganze Reihe von Missbildungen handelte: Hasenscharte mit Wolfsrachen, einseitige Mikroophthalmie, Schwimmhautbildung an einer Hand zwischen dem 4. und 5. Finger; Verkümmerung der Wirbelsäule vom untersten Brustwirbel an, mit Rachischisis; starke Missbildung des ganz zusammengewachsenen, mit der Wirbelsäule nur durch Bänder in lockerer Verbindung stehenden Beckens. An diesem sitzt in beschränkter Artikulation ein einziges Femur verkümmerter Form, dessen Fovea poplitaea nach vorn steht, so dass die Bewegung des Unterschenkels (das Kniegelenkende der Tibia ist ziemlich normal) nach vorn erfolgt. Fehlen der Fibula und sämmtlicher Fussknochen; Stummelschwanz; Fehlen des Anus, der Rima, der Nates, der Blase, der Ureteren, der Nebennieren [bei normalem Gehirn!], Nieren in grosse hydronephrotische Säcke umgewandelt; eine einzige Arteria umbilicalis u. s. w.

Betreffs der Entstehung der Sirenenbildung schliesst sich R. der Ansicht Dareste's und Gebhard's an, nach welcher das regelwidrige Zurückbleiben der Schwanzkappe des Amnion, die Ursache der Verwachsung der Extremitätenanlagen darstellt. Die übrigen Störungen sind theils sekundär entstanden, theils als selbständige primäre Missbildungen zu deuten. Beneke (Braunschweig).

343. **Ein Beitrag zur Lehre von den Elementarorganismen**; von W. Gerlach. (Petersb. med. Wchnschr. XVII. 36. 1892.)

G. schliesst sich der Altmann'schen Lehre, dass die Granula, nicht die ganzen Zellen, als Elementarorganismen aufzufassen seien, an, vermisst aber den positiven Nachweis selbständigen Lebens an den Granula, da die von Altmann beschriebenen Sekretionsvorgänge nicht eindeutig in dieser Richtung seien. G. fand nun in einem Teratom des Rückenmarks vollkommen selbständig 3 Muskelfibrillen, welche seiner Annahme nach von einer früher vorhandenen ganzen Muskelzelle übrig geblieben waren und eben hierdurch ihre Selbständigkeit bekundeten. G. sieht in diesem Befund den Beweis für die Möglichkeit des Fortlebens der Granula unabhängig von dem Fortleben der ganzen Zelle und glaubt damit jene Lücke in Altmann's Beweisführung ausgefüllt zu haben. Beneke (Braunschweig).

344. **Ueber die cadaverösen Veränderungen der Altmann'schen Granula**; von Dr. Paul Dannehl. (Virchow's Arch. CXXVIII. 3. 1892.)

Auf Anregung Israël's untersuchte D. an Kaltblütern, Warmblütern und an menschlichen Leichen, wie lange Zeit nach dem Tode verstreichen müsse, bis die Granula die specifische *Altmann*'sche Farbreaktion nicht mehr geben, bez. sonstige Veränderungen aufweisen. Er fand, dass bei Kaltblütern noch 66 Stunden nach dem Tode Granula färbbar waren, dass beim Warmblüter nach 48 Stunden zwar die Färbbarkeit der Granula, bez. deren durch die Farbreaktion bestimmbare Zahl herabgesetzt, aber dass doch erstere noch nicht ganz aufgehoben war. Die Granula färben sich, je länger die Organe nach dem Tode sich selbst überlassen bleiben, um so weniger scharf und rücken

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

aus ihren normalen Stellungen mehr gegen einander, so dass sie grössere Klumpen innerhalb der Zellen, z. B. an der Basis der Nierenepithelien, bilden. Die Befunde an den menschlichen Leichen ergaben, dass auch hier die Granulastruktur verhältnissmässig lange erhalten wird.

Die Leichenerscheinungen an den Granula erfolgen ungleichmässig in verschiedenen Zellengruppen eines Organes. In manchen Zellen halten sich besonders grosse Granula sehr lange färbbar. D. vermuthet in Uebereinstimmung mit Israël, dass es sich hier um Zusammenfliessen einzelner Granula zu grösseren Tropfen handele.

Die Kerntheilungsfiguren verlieren ihre Färbbarkeit nach Hammer's Untersuchungen etwa nach 48 Stunden. Die Granula würden also etwas grössere Resistenz gegenüber den Leichenzersetzungen besitzen; eine ähnliche Angabe machte bereits Israël mit Bezug auf den Zeitpunkt des Unfärbbarwerdens der Kerne und Granula in anämischen Niereninfarkten.

Beneke (Braunschweig).

345. **Ueber Vorkommen und Bedeutung der asymmetrischen Karyokinese, nebst Bemerkungen über die „Schlummerzellen" in der verletzten Cornea**; von Dr. H. Stroebe in Freiburg. (Beitr. z. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIV. 1. 1893.)

Gegenüber den Theorien Hansemann's über die Bedeutung der asymmetrischen Kerntheilung für die „Anaplasie" der Carcinomzellen (Jahrbb. CCXLI. p. 209) hält Str. an der Richtigkeit seiner früheren Befunde (welche von H. bezweifelt wird), dass nämlich überall asymmetrische Kerntheilungen vorkommen, wo überhaupt eine besonders lebhafte Gewebeneubildung stattfindet, fest und begründet seine Angaben noch weiterhin durch Untersuchungen über die Regeneration der Kaninchencornea nach Verletzungen. Es gelang ihm dabei, eine ganze Reihe unzweifelhafter asymmetrischer Mitosen aufzufinden. Die Asymmetrien erschienen in verschiedenen Graden; ferner kamen Zellen vor, in welchen die Wanderung der Schleifen nach dem einen Pole hin etwas früher, als nach dem anderen erfolgte, dann auch solche mit verirrten Chromatinschleifen, selten waren pluripolare und hypochromatische Figuren. Soweit eine quantitative Schätzung der Asymmetrien möglich war, erwiesen sie sich als selten (eine auf 320 Mitosen); ebenso ist das Verhältniss nach Hansemann's und Str.'s Befunden aber auch in den Carcinomen, so dass Str. auch hierin einen Gegengrund gegen die Annahme sieht, dass gerade in diesen Asymmetrien die histologische Grundlage der Besonderheiten der Krebszellen gegenüber den normalen physiologischen Zellen (welche an sich ja wohlbekannt sind) liege.

Die im Uebrigen vorwiegend polemisch gegen Hansemann gehaltene Arbeit enthält noch einige Bemerkungen über die Deutung der Corneazellenvermehrung bei Regeneration u. Aehnl. als eines Beweises für das Erwachen von Schlummerzellen, nach Kruse, bez. Grawitz. Str. sieht bei der Reichlichkeit der Karyokinesen keinen Grund für diese Annahme, welche nicht durch wirkliche Beobachtung begründet, sondern nur in die Präparate hineingedeutet sei. Der wesentliche Gesichtspunkt, den Grawitz aufstellt, dass nämlich dies „Erwachen" schon vor Auftreten der Mitosen, in den ersten Stunden nach der Verletzung, zu beobachten sei, wird allerdings von Str., der nur an mehrere Tage alten Regenerationstadien arbeitete, nicht erwähnt. Beneke (Braunschweig).

346. **Ueber compensatorische Hypertrophie der Lunge**; von Dr. F. Haasler in Halle. (Virchow's Arch. CXXVIII. 3. 1892.)

H. resecirte Hunden und Kaninchen Theile einer Lunge oder eine ganze Lunge, um etwaige compensatorisch-hypertrophische Vorgänge an dem zurückgebliebenen Organ studiren zu können. In den ersten 8 Tagen nach der Operation zeigten sich histologisch keine wesentlichen Veränderungen im angedeuteten Sinne, namentlich keine Vermehrung der Kerntheilungen. Bei monatelanger Dauer des Lebens nach der Operation fanden sich in 5 Fällen keine makroskopischen Anzeichen einer vicariirenden Hypertrophie. Im 6., bei einem Hunde, der im Alter von 10 Wochen operirt worden war, füllte $^1/_2$ Jahr nach der Operation die zurückgebliebene Lunge fast beide Thoraxhälften völlig aus, ohne dabei emphysematös zu erscheinen. Histologisch war die Struktur dieser Lunge durchaus normal, so dass also zweifellos eine echte Hypertrophie vorlag. Da bei ausgewachsenen Thieren die Operation derartige Folgen nicht hatte, so nimmt H. an, dass der positive Ausfall in jenem Fall mit dem jugendlichen Alter des Thieres zusammenhing. Beneke (Braunschweig).

347. **Ueber Zungenbewegungen**; von Dr. F. Lange in Rostock. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 3. p. 634. 1893.)

L. hat seine interessanten Versuche an Hunden ausgeführt, die ähnliche anatomische Verhältnisse wie der Mensch bieten und eine Reizung der einzelnen Muskeln nach blutiger Freilegung der motorischen Nerven gestatten.

Der *Vorwärtsstrecker der Zunge* ist der M. genioglossus. In geringem Grade vermag auch der M. genio-hyoideus die Zunge vorwärts zu bewegen. *Zurückgezogen* wird die Zunge durch den M. hyochondro- und styloglossus. Das *Anpressen der Zunge an den Mundboden* besorgt in den der Mittellinie zunächst gelegenen Theilen der M. genioglossus, während der Seitenrand der hinteren Zungenhälfte vom M. hyoglossus herabgezogen wird. *Gehoben und dadurch dem harten Gaumen genähert* wird die Zunge durch mehrere Muskeln:

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

MM. mylo-hyoidei, MM. palato- und styloglossi. Die *seitlichen Bewegungen der Zunge* geschehen *nicht* durch die Thätigkeit der MM. longitudinales; bei *vorgestreckter Zunge* biegt der M. genioglossus die Zunge seitlich ab; wird die Zunge *innerhalb der Mundhöhle* nach der Seite gebogen, so geschieht dies durch die MM. stylo-hyo-chondro- und palatoglossi.

Mittheilungen über die *Formveränderungen,* die die Zunge *durch die Contraktion der selbständigen Binnenmuskulatur* erfährt, bilden den Schluss der Arbeit. P. Wagner (Leipzig).

348. **Sur l'influence vaso-motrice du sympathique cervical; contribution à l'étude de la circulation cérébrale**; par Cavazzani. (Arch. ital. de Biol. XIX. p. 214. 1893.)

C. sucht nachzuweisen, dass der Halssympathicus einen vasomotorischen Einfluss auf die Hirngefässe besitzt. Er beobachtete zu diesem Zwecke die Blutdruckschwankungen im Circulus Willisii, nachdem er Serum in die Carotis geleitet hatte, mit und ohne Reizung des Halssympathicus. Beim Kaninchen ergab eine einfache Durchschneidung des Sympathicus auf der Seite der intakten Carotis eine geringe und kurzdauernde, eine Durchschneidung auf der anderen Seite eine viel grössere und länger anhaltende Drucksteigerung. Die Reizung der Sympathicusenden bewirkte auf der Seite der Carotisläsion immer eine Drucksteigerung, die auch nach Aufhören der Reizung noch andauerte, um dann langsam abzufallen. Reizung der Sympathicusenden auf der intakten Seite hatte dagegen eine bedeutende Druckerniedrigung zur Folge, die mit dem Ende der Reizung sofort aufhörte. Die Druckerniedrigung, die nach Zuklemmung der Carotis im Circulus Willisii eintritt, wird vermehrt durch Reizung des Sympathicus auf derselben Seite, während die Reizung auf der anderen Seite eine bedeutende Drucksteigerung hervorruft.

Der Halssympathicus führt daher wahrscheinlich 2 Arten von Fasern: vasomotorische und vasodilatatorische, die sich beide unter normalen Bedingungen das Gleichgewicht halten. Unter pathologischen Bedingungen überwiegen aber die Vasodilatatoren, die durch die eintretende Anämie erregt werden. Windscheid (Leipzig).

349. **On the results of ligation of the coronary arteries**; by Porter W. Townsend. (Journ. of Physiol. XV. 3. p. 121. Sept. 1893.)

Die widersprechenden Ergebnisse, zu denen die bisherigen Versuche über die Unterbindung der Coronararterien geführt haben, veranlassten Vf., unter Gad's Leitung von Neuem diesen Gegenstand zu bearbeiten. Wurde nur die Art. septi unterbunden, so trat niemals Stillstand des Herzens ein, selten bei Verschluss der Art. coronaria dextra, häufiger bei Unterbindung der Descendens und fast stets nach Verschluss der Art. circumflexa. Unterbindung von zwei Arterien führte nur dann zum Stillstand, wenn die Art. coronaria dextra eine der unterbundenen Arterien war. Nach Unterbindung von drei Arterien trat immer Stillstand ein. Die Zeit, während der die Ventrikel nach der Unterbindung noch arbeiteten, wechselte mit der verschlossenen Arterie und war bei Verschluss der Circumflexa am kürzesten. Trat nach der Unterbindung kein Stillstand ein, so blieb die Frequenz der Contraktionen meist unverändert, während bei folgendem Herzstillstand gewöhnlich eine Aenderung (meist Verlangsamung) eintrat. Beide Ventrikel hörten in der Regel zur selben Zeit auf zu arbeiten. Der Bezirk, den die unterbundenen Arterien versorgten, war dabei ohne Einfluss. Der Herzstillstand war stets bleibend. Auf ihn folgten sofort oder nach wenigen Sekunden fibrilläre Zuckungen. Die Curve des intrakardialen Drucks erfuhr meist sofort nach der Unterbindung eine allmähliche Abnahme der Gipfelhöhen und eine Verlangsamung des An- und Abstiegs. Während letzteres stets zu beobachten war, fehlte bei nicht eintretendem Stillstand die Höhenabnahme. Mit der Abnahme der Gipfelhöhe geht eine Zunahme des diastolischen Intraventrikulardrucks einher. Nach der Ansicht Bettelheim's (Ztschr. f. klin. Med. XX. p. 436. 1892) macht der Verschluss der linken Kranzarterie beim Hunde nur den linken Ventrikel insufficient. Vf.'s Versuche bestätigen nur theilweise diese Meinung und ergeben als zusammenfassende Schlussfolgerung, dass die Contraktionen eines Ventrikels beeinflusst werden durch Unterbindung einer Arterie, die einen Wandbezirk des anderen Ventrikels versorgt. Sämmtliche Versuche wurden an Hunden ausgeführt.

Heffter (Leipzig).

350. **Die Quelle der thierischen Wärme;** von M. Rubner. (Ztschr. f. Biol. XXX. 1. p. 73. 1893.)

Nach einer ausführlichen historischen Einleitung beschreibt R. das von ihm erdachte Thiercalorimeter. Dieser Apparat gestattet die Messung der von einem Thier gelieferten Wärme, wobei vorausgesetzt wird, dass das zu untersuchende Thier in vollkommener Ruhe verharre und keine äussere Arbeit leiste. Die gestellte Aufgabe war folgende: Es sollte verglichen werden, ob die in einem Thiere verbrannten Stoffe eben so viel Wärmeinhalt besitzen, als vom Thiere Wärme nach aussen abgegeben wird. Zur Erreichung dieses Zweckes musste gleichzeitig die N- und CO_2-Ausscheidung gemessen werden, um die Stoffzersetzung kennen zu lernen. Die angestellten Versuche beziehen sich auf den Hunger, auf Fettzufuhr, Fett- und Fleischzufuhr. Wie die nachstehende Tabelle zeigt, decken sich die beiden Grössen, die aus dem Stoffverbrauch berechnete Wärmeproduktion und das Ergebniss der calorimetrischen Messung bis auf wenige Calorien.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Zufuhr	Zahl der Tage	Summe der berechn. Wärme	Summe der direkt best. Wärme	Procentdifferenz	Procentdifferenz im Mittel
Hunger	5	1296.3	1305.2	+ 0.69	— 1.42
	2	1091.2	1056.6	— 3.15	
Fett	5	1510.1	1495.3	— 0.97	— 0.97
Fleisch u. Fett	8	2492.4	2488.0	— 0.17	— 0.42
	12	3985.4	3958.4	— 0.68	
Fleisch	6	2249.8	2276.9	+ 1.20	+ 0.43
	7	4780.8	4769.3	— 0.24	

Im Gesammtdurchschnitt aller Versuche von 45 Tagen sind nach der calorimetrischen Methode nur 0.47% weniger an Wärme aufgefunden, als nach der Berechnung der Verbrennungswärme der zersetzten Körper- und Nahrungsstoffe. Im Schlusscapitel zeigt R., dass man den Thierkörper selbst als Calorimeter benutzen kann, um die Verbrennungswärme der Nahrungsstoffe zu messen. „Die Ergebnisse stehen erfreulicher Weise mit Dem, was die physikalische Messung früher ergab und wohin uns die Ueberlegung führte, in einer so vollendeten Uebereinstimmung, wie sie in der Analyse biologischer Probleme wohl zu den Seltenheiten gehört." Heffter (Leipzig).

351. **Un cas notable de régime hypoazoté habituel**; par E. Buys. (Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 153. 1893.)

B. untersuchte Nahrung und Stickstoffausscheidung bei einem kräftigen 60jähr. Manne, welcher seit vielen Jahren nur sehr wenig Eiweiss zu sich nahm, dabei tüchtig arbeitete und gesund war.

Die höchste Stickstoffmenge, die pro Tag eingeführt wurde, betrug etwa 9.4 g, die höchste Kohlenhydratmenge etwa 296 g, die höchste Fettmenge ca. 44 g. Die mittlere Stickstoffausscheidung im Harn betrug 6.4 g.

Wie man sieht, wurden auch weniger Kohlenhydrate und Fette aufgenommen. Die Summe der eingeführten Calorien war also sehr gering; sie betrug durchschnittlich täglich 1600.

V. Lehmann (Berlin).

352. **Ueber den Verbrauch an stickstoffhaltigen Substanzen in verschiedenen Organen der Thiere**; von Dr. K. Tominga. (Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 13. p. 381. 1893.)

T. hat in verschiedenen Organen von Ratten und Kaninchen den Stickstoffgehalt nach Kjeldahl bestimmt, und zwar vor und nach der Inanition. Der Unterschied giebt den Verbrauch an Stickstoff in dem entsprechenden Organe an. Kaninchen und Ratten zeigten in der Grösse des Stickstoffverbrauchs in den verschiedenen Organen keine Uebereinstimmung.

Entgegen den Voit'schen Versuchen (an der Katze) ergab sich aber, dass Gehirn und Herz im Hunger merkbar an Gewicht abnehmen und natürlich auch ihre chemische Zusammensetzung durch die Stickstoffverminderung ändern.

V. Lehmann (Berlin).

353. **1) Influence des injections sous-cutanées de solutions de chlorure sodique dans la sécrétion biliaire**; par le Prof. Pietro Albertoni. (Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 127. 1893.)

2) La sécrétion biliaire dans l'inanition; par le Prof. Pietro Albertoni. (Ibidem p. 134.)

1) A. hat den Einfluss der subcutanen Injektion von physiologischer Kochsalzlösung auf die Gallenabsonderung studirt. Die Versuche wurden an gut genährten Hunden mit Gallenfistel angestellt.

Im Allgemeinen ergab sich eine geringe Vermehrung der Quantität und der charakteristischen Bestandtheile der Galle, indessen keine procentische Zunahme der Trockensubstanz.

2) Ebenfalls an gut genährten Gallenfistelhunden machte A. Versuche über Gallenabsonderung im Hungerzustande. Es wurden besonders Stickstoff und Schwefel bestimmt.

Die Sekretion nimmt allmählich bis zum Tode ab, die procentische Menge der Trockensubstanz steigt aber beträchtlich. V. Lehmann (Berlin).

354. **L'azote et l'eau dans la bile et dans les urines**; recherches de A. G. Barbéra. (Arch. ilal. de Biol. XX. 1. p. 139. 1893.)

Aus den am Gallenfistelhund angestellten Untersuchungen geht hervor, dass die Ausscheidung der Stickstoffsubstanzen (Gallensäuren, Gallenfarbstoffe, Lecithin), sowie des Wassers in ihrer Menge von der Einfuhr von Stickstoff und Wasser unabhängig ist. Die Quantitäten Stickstoff (überhaupt sehr gering), sowie Wasser waren fast die gleichen bei Hunger, gemischter Ernährung, Ernährung mit Fleisch, mit Kohlehydraten und mit Fetten.

V. Lehmann (Berlin).

355. **Does uric acid taken by mouth increase the excretion of that substance in the urine?** by A. Haig. (Journ. of Physiol. XV. 3. p. 167. 1893.)

Im Allgemeinen wird angenommen, dass per os eingeführte Harnsäure nicht als solche, sondern als Harnstoff im Urin erscheint. Die Menge der im Körper gebildeten Harnsäure steht zu der Menge des gebildeten Harnstoffes in einem ziemlich constanten Verhältniss, nämlich wie 1 : 30 bis 1 : 40. Während aber die Ausscheidung des Harnstoffs fast nur von seiner Bildung abhängt, richtet sich die Ausscheidung der Harnsäure nach ihrer Löslichkeit, also nach der Beschaffenheit des Blutes, welche wechselt. Auf verminderte Harnsäurebildung kann man aber, wegen der oben erwähnten Proportion, aus verminderter Harnstoffausscheidung schliessen und umgekehrt.

Es war nun überraschend, dass, als H. von einer Milch- und Fischdiät zur Fleischdiät überging, plötzlich mehr Harnsäure ausgeschieden wurde. Die Quelle dieses Ueberschusses konnte nur im eingeführten Fleische gesucht werden. Dann musste aber auch eingegebene Harnsäure als

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

solche im Urin erscheinen und die anders lautenden Resultate früherer Untersucher hingen wahrscheinlich von dem Umstande ab, dass die Harnsäure nicht genügend Substanzen zu ihrer Lösung vorgefunden hatte.

Selbstexperimente H.'s, in denen er neben Harnsäure salicylsaures Natron nahm, bestätigten diese Annahme. Die Versuche zeigten auch, am 1. Tage, gesteigerte Harnstoffausscheidung. Diese erklärt sich nach H. durch den verstärkten Stoffwechsel, da Harnsäure durch Gefässcontraktion den Stoffwechsel verlangsame, also ihre Entfernung denselben beschleunige.

Wenn man die Lösung der Harnsäure nicht direkt begünstige, so setze sich eingegebene Harnsäure mit dem sekundären Natriumphosphat des Blutes in harnsaures Natron und primäres Natriumphosphat um; das letztere aber hält Harnsäure nicht in Lösung, sie wird also nicht ausgeschieden.

H. meint, dass die Ursache der stimulirenden Wirkung von Fleischextrakt, Beef-tea und anderen Extrakten, wie von Hoden und Thyreoidea darin zu suchen sei, dass die Harnsäure dadurch, dass sie als unlöslich aus dem Blute entfernt wird, den Stoffwechsel steigert. Zum Theil wird die Unlöslichmachung auch durch Phosphate und Sulfate bewirkt, welche gleichfalls in den erwähnten Extrakten enthalten sind.

H. giebt Curven, welche die Harnsäureausscheidung unter verschiedenen Verhältnissen veranschaulichen. V. Lehmann (Berlin).

356. **Ueber die Ammoniakmengen, welche der Organismus in Harnstoff umzuwandeln vermag**; von Dr. Pio Marfori. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 1. p. 71. 1893.)

Es wurden an Hunden und Kaninchen Versuche darüber angestellt, wie grosse Mengen von Ammoniak der Organismus noch in Harnstoff verwandeln, also unschädlich machen kann. Die Ammoniaksalze wurden in die Venen gespritzt.

Kaninchen vertrugen in 1 Stunde pro kg Körpergewicht noch 20.68 mg kohlensauren, 32.8 mg milchsauren, 30.0 mg weinsauren Ammoniaks. Hunde vertrugen unter denselben Bedingungen 29.16 mg kohlensauren, 62.5—102 mg milchsauren, 61.1—84.7 mg weinsauren Ammoniaks. Der Organismus des Fleischfressers kann also grössere Ammoniakmengen in Harnstoff verwandeln als der des Pflanzenfressers.

V. Lehmann (Berlin).

357. **1) Ueber die Beziehungen des diastatischen Fermentes des Blutes und der Lymphe zur Zuckerbildung in der Leber**; von Dr. Manfred Bial. (Arch. f. d. ges. Physiol. LV. 9 u. 10. p. 434. 1893.)

2) Ueber den Einfluss der Lymphagoga auf die diastatische Wirkung der Lymphe; von F. Röhmann und M. Bial. (Ebenda p. 469.)

1) Bial giebt zunächst eine kurze Uebersicht über die Entwickelung der Lehre von der Bildung des Leberzuckers und zeigt, dass die Ansicht von Cl. Bernard noch unangefochten dasteht: Der Zucker bildet sich in der Leber aus Glykogen durch die Wirkung eines diastatischen Fermentes.

Dies diastatische Ferment ist nach B. dasselbe, wie in Blut und Lymphe. Zum Beweise dieser Ansicht dienten folgende Versuche: Wenn frischer Leberbrei bei Zimmertemperatur mit defibrinirtem Blute (beides vom Hunde) digerirt wurde, so bildete sich stets mehr Zucker, als bei Digestion des Leberbreies mit physiologischer Kochsalzlösung. Wenn Blut von verschiedener Herkunft und daher verschieden starkem Fermentgehalt verwendet wurde (Blut des neugeborenen Menschen, Blut aus menschlicher Placenta, Rinderblut, Hundeblut), so bildete sich auch eine entsprechend geringere oder bedeutendere Zuckermenge.

Seegen hatte angegeben, dass bei Digestion von Leberbrei mit Blut und Pepton sich mehr Zucker bilde, als bei Digestion mit Blut. Nach seinen Versuchen weist B. diese Angabe als irrthümlich zurück, obwohl andere Versuche gezeigt hatten, dass reine Glykogenlösung mit Blut und Pepton thatsächlich mehr Zucker liefert, als nur mit Blut. Diesen scheinbaren Widerspruch erklärt B. so, dass durch saure Substanzen des Leberbreies die alkalische Reaktion des Blutes soweit neutralisirt wird, dass ein weiterer Zusatz von Pepton (als einer sauren Substanz) keine Steigerung der diastatischen Wirkung mehr bedingte.

Entgegen den Angaben von Lépine konnte bei der Digestion von Blut mit Pepton keine Zuckerbildung gefunden werden.

Durch die verschiedensten, scheinbar geringfügigen Reize kann bekanntlich die Zuckerbildung in der Leber gesteigert werden. Alle diese Momente beeinflussen direkt oder indirekt die Blutcirkulation. Nun beruht nach Heidenhain die Bildung der Lymphe aus dem Blute wesentlich auf einer sekretorischen Thätigkeit der Capillarzellen. Wenn diese durch gewisse Stoffe (Heidenhain's Lymphagoga der ersten Reihe) gereizt werden, so nehmen sie mehr Blutplasma auf und geben es an die Lymphe ab. Das Plasma wird hierbei reicher an organischer Substanz. Auch nervöse Reize scheinen derartig auf die Lymphbildung zu wirken.

2) Röhmann und Bial zeigten, dass bei Injektion eines Lymphagogon (Peptonlösung) auch die diastatische Wirkung der Lymphe, also ihr Fermentgehalt, steigt.

Lymphagog wirkt ferner Blutstauung in der unteren Hohlvene oberhalb des Zwerchfells. R. und B. zeigten, dass auch hierdurch die diastatische Wirkung der Lymphe gesteigert wird.

Die letztere ändert sich also unter dem Einfluss der Lymphagoga in ganz ähnlicher Weise, wie der Trockenrückstand in den Versuchen von Heidenhain. V. Lehmann (Berlin).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

358. **Influence of sugar in the circulation on the respiratory gases and animal heat**; by Vaughan Harley. (Journ. of Physiol. XV. 3. p. 139. Sept. 1893.)

Wenn Traubenzucker in das kreisende Blut eines Hundes eingeführt wird, so wird der grössere Theil des injicirten Zuckers nicht durch die Nieren ausgeschieden, sondern verbleibt im Organismus. Er verschwindet aus dem Blut, dessen Zuckergehalt man nach wenigen Stunden wieder normal findet. Dieses Verschwinden des Zuckers findet auch dann statt, wenn die Ureteren unterbunden sind. Ueber das Schicksal des Zuckers war man bisher nicht unterrichtet. Eine Ablagerung als Glykogen oder Zucker war nach den gemachten Beobachtungen auszuschliessen. Der injicirte Zucker musste entweder in den Geweben verbrannt oder in andere noch unbekannte Verbindungen umgewandelt werden. Um zu ermitteln, ob der Zucker im Organismus zu Kohlensäure oxydirt würde, stellte H. eine Reihe von Versuchen an, in denen das Verhalten des Gaswechsels und der Körpertemperatur studirt wurde. Aus den erhaltenen Resultaten lassen sich folgende Schlüsse ziehen: Intravenöse Injektion von Traubenzucker bei unterbundenen Ureteren bewirkt ein bedeutendes Anwachsen des respiratorischen Quotienten, der nach 5 Stunden sein Maximum erreicht und dann allmählich zur Norm zurückkehrt. Bei bestehender Nierensekretion dauert das Ansteigen des respiratorischen Quotienten länger, ist aber weniger deutlich. Da der verzehrte Sauerstoff nicht genügt, um sämmtlichen eingeführten Zucker zu oxydiren, muss ein Theil des Kohlenstoffs und Wasserstoffs im Körper in Form einer sauerstoffärmeren Verbindung zurückbleiben. Die Körpertemperatur steigt in den meisten Versuchen um ungefähr 1.5°, ohne dass aber das Wachsen und Abnehmen der verbrauchten Sauerstoffmengen mit dem Steigen und Fallen der Temperatur parallel geht. Treten dagegen nervöse Symptome (Krämpfe, Koma) ein, was bei unterbundenen Ureteren nach Injektion grosser Zuckermengen stattfindet, so sinkt die Temperatur beträchtlich. Heffter (Leipzig).

II. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

359. **Auf kaltem Wege sterilisirte, eiweisshaltige Nährböden**; von Dr. R. Wollny. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XI. 24. p. 752. 1892.)

Die bisherige Art der Sterilisirung der Nährböden durch Hitze verändert die Zusammensetzung, insbesondere durch den Verlust der coagulirten Eiweissstoffe, nicht unwesentlich. W. schlägt deshalb vor, das feingehackte Muskel- oder Fischfleisch, Leber, Nieren, Darm u. s. w. mit 10% Aether haltendem Wasser zu versetzen, beliebig lange stehen zu lassen, dann zu dekantiren und je nach Bedarf mit 3proc. Agar- oder 15proc. Gelatine-Lösung zu mischen. Nach erfolgter Klärung entfernt man den Aether durch die Luftpumpe, wobei nur immer die Flüssigkeit auf einer Temperatur von 35—40° zu halten ist. In einem Liter solchen Fleischwassers (aus einem Pfund gehackten Fleisches) fiel durch das Kochen die Hälfte der organischen Extraktstoffe aus.

Ein Nachtheil des Verfahrens liegt in der dunklen Farbe der Nährböden, die sich auch nicht durch chemische Stoffe verändern lässt. Sehr angenehm sind die Einfachheit und die Befreiung von allem störenden Fette. [So lange aber praktische Erfahrungen ausstehen, muss man dem Verfahren sehr misstrauisch gegenüberstehen. Ref.] Nowack (Dresden).

360. **Weitere Mittheilungen über Verwendung des Formalins zur Conservirung von Bakterienculturen**; von Dr. Hauser. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 35. 1893.)

Gelatineculturen, mit Formalindämpfen behandelt, lassen sich dauernd aufbewahren. Die veränderte Gelatine ist dann durch höhere Temperaturen nicht mehr zu verflüssigen und bleibt steril, auch wenn man sie Tage lang der Luft aussetzt. Die Consistenz dieser Gelatine ist eine ziemlich feste; ihre Helligkeit wird nicht beeinträchtigt. Das Formalin eignet sich auch zur Herstellung mikroskopischer Culturpräparate. Man giesst Platten, fixirt dieselben, umschneidet die Colonie, bringt das Plättchen auf einen Objektträger, schliesst es mit Gelatine ein und bedeckt es mit einem Deckgläschen. Alsdann bringt man das Präparat nochmals 24 Stunden in die Formalinkammer und umgiebt es mit einem Lackrand. Man kann die Plättchen auch für 24 Stunden in eine dünne, wässerige Fuchsinlösung einlegen und so die Colonien färben. Die gefärbten Plättchen lassen sich, nachdem sie auf dem Objektträger angetrocknet sind, in Canadabalsam einschliessen. Brückner (Dresden).

361. **Ueber die Farbproduktion des Bacillus pyocyaneus bei der Symbiose mit anderen Mikroorganismen**; von Dr. R. Mühsam und Dr. C. Schimmelbusch in Berlin. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 4. p. 677. 1893.)

Es ist bekannt, dass der Erreger der sogenannten grünen Eiterung, der Bacillus pyocyaneus, nicht blos grüne, sondern sehr verschiedene Farbstoffe liefert und gelegentlich auch ohne Abscheidung solcher vegetirt. Die Farbbildung dieses Bacillus hängt ab: 1) von genügender Luftzufuhr; 2) von passenden Nährstoffen; 3) von der Beschaffenheit der Bacillen selbst, und endlich 4) — wie M. und Sch. kürzlich gefunden haben — von der Symbiose mit einigen anderen Organismen.

Hierüber angestellte Versuche ergaben, dass der Bacillus pyocyaneus bei gemeinsamer Verimpfung mit einer Anzahl anderer Organismen auf Bouillon in seiner Farbproduktion stark beeinträchtigt wird. Bei Micrococcus tetragenus, Oidium lactis und einem aus saurer Milch gezüchteten Bacillus geht dies so weit, dass überhaupt keine Färbung der Nährbouillon auftritt; bei gemeinsamer Verimpfung mit Aspergillus fumigatus treten anfänglich Spuren von Grünfärbung auf, während bei solcher mit Staphylococcus aureus in der 1. Woche eine deutlich hellgrüne Färbung sich ausbildet, die allmählich verschwindet. In allen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Fällen kam es dabei zur Entwickelung der beiden gemeinsam verimpften Keime. Eine gemeinsame Ursache dieser schädigenden Wirkung anderer Keime in Bezug auf die Pigmententfaltung haben M. und Sch. nicht finden können.

P. Wagner (Leipzig).

362. **Untersuchung über die chemische Zusammensetzung eines Wasserbacillus**; von Toyosaku Nishimura. (Arch. f. Hyg. XVIII. 3. p. 318. 1893.)

Benutzt wurden Massenculturen auf Kartoffelscheiben des von Rubner aus Marburger Gewässern gezüchteten Bacillus 28, der nach 14 Tagen abgestreift wurde. Das Eiweiss betrug 63.5% (durch Multiplikation des N mit 6.25 erhalten, die Eiweissstoffe liessen sich wegen der schleimigen Beschaffenheit der Culturen nicht gewinnen). Auch die Nucleine liessen sich nicht darstellen; es konnten nur ihre Basen abgespalten und zusammen mit den im freien Zustand vorhandenen isolirt werden, aus der Kartoffel konnten davon durch Diffusion höchstens 5% in die Cultur gelangt sein. An Lecithin enthielten die trockenen Culturen 0.68%, an Cholestearin nur sehr geringe Mengen. Cellulose war nicht vorhanden, das Kohlehydrat, in der Menge von 12.2%, gehört wahrscheinlich in die Gruppe der in den Samen nachgewiesenen Hemicellulosen. Woltemas (Diepholz).

363. **Sulla presenza dei diplococci lanceolati capsulati nel sangue degli pneumonici**; pel Dott. A. Casati. (Sperimentale XLVII. IV. p. 206. 1893.)

Das Vorkommen von Pneumokokken im Blute von Pneumoniekranken wird von Einigen geleugnet, von Anderen als eine sehr seltene Erscheinung betrachtet. Auch in den neuesten Veröffentlichungen versichern z. B. G. und F. Klemperer, dass sie Diplokokken der Pneumonie nie im Blute gefunden haben. Auch Netter spricht sich in dem von Charcot herausgegebenen Traité de Médecine in gleichem Sinne aus und zieht aus dem Nichtvorhandensein von Diplokokken im Blute den Schluss: „la pneumonie de l'homme est généralement locale".

Dem gegenüber vermochte Casati durch eine verbesserte Untersuchungsmethode den Nachweis zu führen, dass der Diplococcus lanceolatus capsulatus nicht blos im Blute der an Pneumonie Verstorbenen *constant* vorkommt, sondern dass man ihn regelmässig auch im Blute Lebender finden kann, und zwar stets schon vom 2. Krankheitstage an. Auch in leichteren Fällen von Lungenentzündung ist der Pneumococcus ausnahmelos im Blute vorhanden. Demnach ist die Pneumonie keine lokale, sondern eine Allgemeinerkrankung.

Emanuel Fink (Hamburg).

364. **Experimentelle bacilläre Polyarthritis suppurativa**; von Dr. Otto Lanz. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 9. p. 269. 1893.)

L. öffnete einen im Schläfenlappen gelegenen Hirnabscess nach Otitis media. Der Eiter (ca. 80 g) war äusserst übelriechend, reichlich mit Gasblasen und Bröckeln nekrotischer Hirnsubstanz versetzt. Die Cultur liess einen Bacillus fast in Reincultur aufgehen, der am meisten dem Bacillus pyogenes foetidus glich, aber die Gelatine verflüssigte, in Agar lebhafte Gasentwickelung zeigte und statt hellbräunlicher Culturen citronengelbe darbot. L. giebt ihm den Beinamen liquefaciens. Für Mäuse, Meerschweinchen und Kaninchen war der Bacillus sehr pathogen. Bei einem Versuche injicirte L. 1 ccm Bouilloncultur in die Ohrvene. Nach 3 Wochen starb das Thier an einer multiplen eiterigen Arthritis. In dem Eiter war nur jener Bacillus nachzuweisen.

Nowack (Dresden).

365. **Hydrops von bakteriellem Ursprung**; von Prof. H. J. Hamburger in Utrecht. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 42. 1893.)

Die Bildung von Lymphe beruht auf einer absondernden Thätigkeit der Haargefässe. H. konnte durch Versuche nachweisen, dass Ascitesflüssigkeit, welche er Thieren in das Blut einspritzte, eine lymphtreibende Substanz enthielt. Er glaubt, dass diese aus den Stoffwechselprodukten einer Mikrobe bestehe, welche er in der benutzten Flüssigkeit nachweisen konnte und für welche er den Namen *Bacterium Lymphagogon* vorschlägt. Die Mikrobe hat die Form von Kokken, bewegt sich mässig, ist mit Anilinfarben und nach Gram färbbar. In Bouillon und flüssigem Serum von Pferden, Rindern und Kälbern stirbt sie ab. In flüssigem Serum des Menschen und in Ascitesflüssigkeit pflanzt sie sich fort. Sie hat ein grosses Sauerstoffbedürfniss und wächst an der Oberfläche fester Nährböden (Agar, Gelatine, *nicht* auf Kartoffel). Weiche Gelatine wird von dem Bacterium Lymphagogon verflüssigt, feste dagegen nicht.

Brückner (Dresden).

366. **Skorbut auf Schiffen**; von Dr. J. Borntträger. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. VI. 2. p. 349; VI. Suppl.-Heft p. 136. 1893.)

Mit sorgfältiger Benutzung der statistischen Daten weist B. nach, dass Skorbut auch heute noch auf Schiffen vorkommt, besonders in der russischen Marine. Er geht dann die äusserst bunte Reihe der angenommenen Ursachen durch und weist nach, dass keine derselben eine genügende Erklärung bildet, auch die fehlerhafte Diänicht. Wahrscheinlich ist der Skorbut eine bakterielle Krankheit, deren Keime stets oder meist durch den Darm aufgenommen werden. B. hat selbst aus der Leiche eines an Skorbut verstorbenen Menschen eine Kokkenart gezüchtet, aus den kleinen Extravasaten der Milz in Reincultur, hält sie aber als specifischen Krankheitserreger nicht für gesichert. Er giebt dann noch prophylaktische Rathschläge. Woltemas (Diepholz).

367. **Sulla etiologica e patogenesi della peritoniti da perforazione**; pel Dott. C. Barbacci. (Sperimentale XLVII. IV. p. 234. 1893.)

Das bei Perforationsperitonitis entstehende Exsudat enthält zahlreiche Mikroorganismen, von denen jedoch nur das Bacterium coli commune regelmässig vorkommt. Man findet letzteres auch im Herzblut der an Perforationsperitonitis zu Grunde Gegangenen. Dagegen fehlt der Fränkel'sche Diplococcus lanceolatus capsulatus in

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

sehr vielen Fällen. Wo er aber vorhanden ist, erzeugt er Pneumonie, Pleuritis oder Endokarditis, Affektionen, wie sie bekanntlich neben der Perforationsperitonitis nicht selten beobachtet werden. Der in den meisten Fällen tödtliche Ausgang einer Darmperforation kann nicht auf die Wirkung des Fränkel'schen Diplococcus zurückgeführt werden, weil dieser ja durchaus nicht jedesmal in dem peritonitischen Exsudat gefunden wird. Eben so wenig kann das Vorhandensein des Bacterium coli commune den tödtlichen Verlauf erklären, weil man nicht im Stande ist, durch experimentelle Einführung dieses Mikroorganismus in das Peritonaeum eine Peritonitis zu erzeugen. Das Peritonaeum wird nur dann durch das Bacterium coli commune zur Entzündung gebracht, wenn dieser Mikroorganismus in einem an sich reizenden Vehikel in die Bauchhöhle eingeführt wird. Das Bacterium coli commune entfaltet also nur dann eine lokale und allgemeine Wirkung, wenn es im Peritonaeum einen vorbereiteten Boden findet.

Die Untersuchungen B.'s haben aber auch in Uebereinstimmung mit den Ergebnissen von Grawitz gelehrt, dass das Eindringen von Fäkalmassen in die Peritonäalhöhle an sich zwar nicht unschädlich, aber noch nicht im Stande ist, ein Krankheitsbild zu erzeugen, wie es die Perforationsperitonitis darbietet. Dagegen wirkten die bei einer Perforation des Darmes sich in die Peritonäalhöhle mit entleerenden Darmgase als heftiger Entzündungsreiz.

Die Perforationsperitonitis mit ihren stürmischen örtlichen und allgemeinen Erscheinungen ist die Folge mehrerer *gleichzeitig* zusammenwirkender Ursachen (Faeces, Darmgase und Mikroorganismen) und das charakteristische Krankheitsbild entsteht ausschliesslich nur dann, wenn diese causalen Momente gleichzeitig auf die Serosa wirken. Die Fäkalmassen und die Darmgase, welche sich bei einer Darmperforation in die Bauchhöhle entleeren, üben durch ihre chemische Wirkung eine tiefgehende Veränderung auf die Serosa aus und bereiten so den Boden für die spätere Entwickelung der Mikroorganismen in günstiger Weise vor. Von den mit dem Darminhalt entleerten Mikroorganismen bleibt nur das Bacterium coli commune bestehen, während alle anderen sich nicht weiter entwickeln und bald absterben.

Auch der tödtliche Ausgang der Perforationsperitonitis ist, wie die Krankheit selbst, die Folge mehrerer Ursachen, welche zusammenwirkend eine Vergiftung des Körpers erzeugen. Als Gifte wirken hier einerseits flüssige und gasförmige, aus dem Darm abstammende Körper und andererseits toxische Stoffwechselprodukte von Mikroorganismen. Emanuel Fink (Hamburg).

368. **Die Uebertragbarkeit des Carcinoms;** von Stabsarzt Dr. Geissler in Berlin. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 3. p. 655. 1893.)

Nach einer kritischen Besprechung der bisherigen Versuche über die Uebertragbarkeit des Carcinoms berichtet G. über eigene Experimente dieser Art. Er benutzte hierzu frische aseptische Krebsstückchen, die er Kaninchen subdural einsetzte. 25 Kaninchen wurden in dieser Weise behandelt. G. benutzte meist nicht ulcerirte Mammacarcinome, doch auch Unterlippencarcinome und zum Vergleich ein grosses ulcerirtes Sarkom des Ellenbogens, Stücke vom M. pectoralis, der bei der Exstirpatio mammae zum Theil hatte mit entfernt werden müssen, und anscheinend normales, makroskopisch wenigstens nicht verändertes Drüsengewebe.

Am 1. Sept. 1893 lebten noch in voller Gesundheit Thiere, denen G. 1, bez. 2 Monate vorher frisches, und zwar zellenreiches Carcinomgewebe beigebracht hatte. Wenn es gelingt, septische Stoffe fern zu halten, so heilt das aseptische Carcinomgewebe im Gehirn eben so sicher und reaktionslos ein, wie Muskel-, Drüsen- und Fettgewebe.

Eine genaue Untersuchung der mit Chloroform getödteten Thiere ergab *niemals* eine Vergrösserung oder eine Wucherung des implantirten Carcinomstückchens; vielmehr zeigte dieses im Gehirn die Tendenz, sich in Bindegewebe umzuwandeln. Metastasen oder Lymphdrüseninfiltrationen wurden niemals gefunden. P. Wagner (Leipzig).

369. **Untersuchungen über glykogenreiche Endotheliome;** von Dr. Driessen in Leiden. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XII. 1. 1892.)

Drei Fälle von glykogenreichen Geschwülsten (ein Knochensarkom und zwei Nierengeschwülste) veranlassten D. zu genaueren Untersuchungen über das Glykogen in Neubildungen und über die Eintheilung dieser Geschwülste.

Das Auftreten des Glykogens hängt mit der vermehrten Wucherung der Zellen zusammen; es bildet sich in den Geschwülsten selbst, wahrscheinlich aus Eiweisskörpern. Die Glykogenablagerung darf nicht als Folge einer Entartung aufgefasst werden, da die Zellen gesund, ihre Kerne wohlerhalten sind; in kernlosen, nekrotischen Zellen fehlt das Glykogen. Die Wucherung an sich bedingt übrigens die Ablagerung von Glykogen nicht ausschliesslich, es müssen noch besondere örtliche oder allgemeine Ursachen unbekannter Art dazu kommen; die meisten Geschwülste sind nach Langhans' umfassenden Untersuchungen glykogenfrei. Die Zellform wird durch das Glykogen nur bei massigen Ablagerungen (Kugelform) beeinflusst, dann gleichen die Zellen Fettzellen. Die bekannten eigenthümlichen halbmondartigen Formen, welche die Glykogenablagerung häufig innerhalb der Zellen zeigt, beruhen auf der Wirkung des zur Fixation benutzten Alkohols.

Die Fälle D.'s sind folgende.

1) *Endotheliom der Ulna.* 74jähr. Mann. Seit circa 3 Jahren Beweglichkeit des linken Ellenbogengelenkes vermindert. Seit 2 Monaten daselbst Schmerzen, Schwel-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

lung, deutliches subjektives Pulsationsgefühl. Klinisch wurde ein Sarkom der Ulna, speciell des Olecranon diagnosticirt. Amputation, glatte Heilung; nach 14 Monaten noch kein Recidiv.

Die Geschwulst war eirund, 4:6 cm, hatte das obere Viertel der Ulna gänzlich zerstört; der noch erhaltene Knochen hörte an der Geschwulst mit schräger Bruchfläche plötzlich auf. Der Gelenkknorpel war gut erhalten, die benachbarten Knochen frei. Die Geschwulst war durchaus solid, stellenweise sehr blutreich, lappig gebaut, bindegewebig abgekapselt; enthielt nirgends Knochengewebe. Die Haut über der Geschwulst war gesund.

Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als aus zartem Stroma und grossen, die Maschen ausfüllenden oder nur auskleidenden Zellen zusammengesetzt; der Innenraum enthielt dann Blut. Die Zellen hatten epitheliale Form, nie Spindelzellenform, immer eine ganz scharfe Begrenzung, Kerne von starker Färbbarkeit und ganz regelmässig einen stark glänzenden, kugelförmigen Inhalt: *Glykogen* (mikrochemisch, wie auch durch Reindarstellung nachgewiesen). Ausserdem fanden sich auch noch Fettkörnchen (Osmiumreaktion). An anderen Stellen, an welchen das Bindegewebe überwog, fanden sich innerhalb der Lymphspalten, bez. diese auskleidend, runde Zellen ohne Fett und Glykogen, Plasmazellen ähnlich; wahrscheinlich hatten sich diese aus den Lymphendothelien entwickelt (Uebergangsformen). Sie bildeten die Vorstufen der erstbeschriebenen grossen Zellen. Die scharfe Grenzlinie um die einzelnen Geschwulstzellen herum war ein Produkt des Stroma, nicht der Zellen selbst. Das Blut war wahrscheinlich durch Blutungen in die Geschwulsträume gelangt; Pigment fand sich freilich nirgends.

D. fasst die Geschwulst hiernach als ein Endotheliom der Saftspalten auf; die blutgefüllten Kanäle entstanden durch Einbruch des Blutes in die soliden Geschwulstcylinder. Ueber die Thatsache, dass das Blut innerhalb dieser Cylinder offenbar andauernd geströmt hatte, geht D. mit etwas gezwungener Erklärung hinweg, indem er eine Entstehung der Geschwulstzellen aus Blutgefässendothelien entschieden in Abrede stellt, ebenso wie eine Geschwulstwucherung der Lymphgefässendothelien.

2) *Nierentumor.* 34jähr. Frau; seit 5 Jahren zunehmende Schwellung des Leibes. Herausnahme einer mannskopfgrossen Geschwulst der rechten Niere; Tod 12 Stunden nach der Operation. Die *Sektion* ergab, dass die Geschwulst der rechten Hälfte einer Hufeisenniere angehörte; in der linken fand sich ein kleiner ähnlicher Tumor.

Mikroskopisch erschien die Geschwulst der sub 1 beschriebenen auffallend ähnlich. Die Zellen *waren nur etwas kleiner und öfters cylindrisch* (4:24 μ). Da keine Leukocyteninfiltration vorhanden war, ferner die Lymphspalten kein besonderes Endothel, sondern nur jene Zellen als Auskleidung besassen, da ferner alle Geschwulstzellen einander durchaus gleich waren, weist D. die Annahme, es könne ein Nierencarcinom vorgelegen haben, zurück und stellt die Geschwulst jenem Knochensarkom an die Seite. Die Zellen enthielten regelmässig Glykogen, nur in den nekrotischen Flecken fehlte dieses. Ebenso fanden sich auch die blutgefüllten Kanäle; besonders auffallend erschienen zahlreiche Kalkconkremente in allen Theilen der Geschwulst.

3) *Nierentumor.* 79jähr. Mann. Statt der linken Niere eine kindskopfgrosse Geschwulst, an welcher noch Nierenreste hafteten. Der mikroskopische Bau glich dem des vorher beschriebenen Tumor; ein Theil der Geschwulst enthielt bedeutende ältere Blutungen.

Bei der Besprechung der beiden Nierengeschwülste tritt D. dem Versuche Horn's, derartige Geschwülste zu den aus versprengten Nebennierenkeimen entwickelten zu rechnen, entgegen, schliesst sich dagegen der Darstellung und Auffassung Paoli's, welcher solche Tumoren als Nierenangiosarkome bezeichnete, an.

Beneke (Braunschweig).

370. **Ueber primäre Geschwülste der unteren Luftwege**; von Dr. F. Siegert in Genf. (Virchow's Arch. CXXIX. 3. p. 413. 1892.)

1) *Papillom an der Bifurkation der Trachea* bei einem 54jähr. Manne. Der zufällig bei der Sektion gefundene taubeneigrosse, blumenkohlförmige Tumor sass genau an der Bifurkation, ragte in den rechten Bronchus hinein und füllte die Trachea scheinbar aus (Athembeschwerden waren im Leben nicht beobachtet!). Die Oberfläche war von typischem, ein- oder mehrschichtigem Stachel- und Riffzellen-Epithel bekleidet; in die Tiefe erstreckten sich interpapilläre Zapfen mit Hornperlen; scharfe Abgrenzung dieser Epithelform gegen die Cylinderepithelien der Trachea. Die Annahme, dass es sich um Metaplasie des Epithels, wie z. B. bei chronischen Entzündungen, handle, schliesst S. aus und glaubt vielmehr, dass das Plattenepithel von embryonalen abgeschnürten Keimen stamme. Hierfür spreche auch der Sitz des Tumor an derjenigen Stelle, von welcher aus die Trennung zwischen Lungen- und Speiseröhrenanlage beginne.

2) *Intrabronchiales Chondrom.* Bei einer 61jähr. Frau fand sich ein Bronchus des rechten Mittellappens sackförmig erweitert, mit zähem Schleim gefüllt und durch einen eiförmigen, etwa wallnussgrossen Tumor verschlossen, welcher von Schleimhaut überzogen war. Der Tumor hatte sich nachweisbar aus dem Perichondrium eines Bronchialknorpels entwickelt und bestand aus Netzknorpelgewebe, welches zum Theil verkalkt und überall, auch in den verkalkten Partien, sehr glykogenreich war, sowie stellenweise aus starken Blutgefässen, so dass hier der Eindruck eines Angiom entstand. S. bezeichnet den Tumor hiernach als Chondroangiom. Wegen des Nachweises der Entwickelung vom Bronchialknorpel darf er als Unicum angesehen werden.

Beneke (Braunschweig).

371. **Untersuchungen über die „Corpora amylacea sive amyloidea"**; von Dr. Ferd. Siegert in Genf. (Virchow's Arch. CXXIX. 3. p. 513. 1892.)

Durch vergleichende Untersuchungen der Corpora amylacea der Lungen, Prostata, der Harnwege und des Centralnervensystems suchte S. zu einer einheitlichen Auffassung der Natur und Entstehung dieser Gebilde zu kommen. Es fanden sich geringe morphologische Differenzen: so fehlte z. B. ein bestimmt nachweisbarer Kern (Kohlenpartikel, Blutpigmentkörnchen, Epithelzelle u. Aehnl.) nie in den Lungenconkrementen, wohl aber in denen der anderen Organe. Erstere zeigten weiterhin sehr regelmässig eine feine radiäre Streifung, die bei den Conkrementen der anderen Organe fehlen konnte. Die concentrische Streifung wurde durch breitere Zonen gebildet als in den Prostataconkrementen, in welchen die einzelnen Schichtgrenzlinien ausserdem häufig in einander liefen. Demgegenüber fanden sich aber maassgebende übereinstimmende Ergebnisse in Bezug auf Färbung und chemisches Verhalten. Die echten „Amyloidkörperchen" färbten sich mit *Lugol*'scher Lösung immer hellbraun bis schwarz, bei nachfolgender Schwefelsäurebehandlung wurden sie bisweilen leuchtend roth; Methylviolett färbte sie

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

roth, desgleichen Saffranin. Durch Behandlung mit kaltem oder kochendem Wasser, Alkohol, Aether oder mit Speichel, schwachen Säuren verloren die Körperchen nichts an ihrer Eigenart; erst Kochen mit Schwefelsäure, namentlich aber schon kurzes Kochen mit concentrirter Salpetersäure vernichtete ihre Form und Reaktion. Die Körperchen verkalkten niemals.

Im Gegensatz zu den bisher beschriebenen stehen andere von ähnlichem starken Glanz, welche mit Jod gelb werden, leicht verkalken und nachweislich durch hyaline Degeneration von Zellen entstehen. Diese geben nie die Amyloidreaktionen.

Die Entstehung der ersteren eigentlichen „Amyloid"-Körperchen geschieht nach S.'s Ansicht durch Niederschlag einer von Anfang an durch die Jodreaktion und die radiäre Streifung charakterisirten Substanz, welche durch eine Verbindung der Gewebesäfte mit den Zerfallsprodukten zelliger Elemente, Myelin u. s. w. gebildet wird und sich, vermöge grosser Widerstandsfähigkeit gegen Agentien aller Art, in diesem Zustande lange Zeit erhält. Die Substanz ist chemisch sicher sehr complicirt und steht wohl dem Amyloid nahe.

Worauf ihr specifisches Färbungsvermögen beruht, konnte S. nicht feststellen, sicher beruhte es nicht etwa auf der Gegenwart von Lecithin. Im Gegensatz dazu entsteht die andere Sorte hyaliner Körperchen, zu denen S. auch die Psammomkörner rechnet, aus dem Protoplasma degenerirender Zellen.

S. schlägt demnach vor, die Gesammtgruppe „Corpora colloidea" in 2 Unterabtheilungen „corpora versicolorata Virchowii" (= amyloidea) und „corpora flava Morgagni" (= hyal.) zu trennen.

Beneke (Braunschweig).

372. **De l'origine poliomyélitique d'un certain nombre des lésions, qui frappent les faisceaux blancs médullaires dans la pellagre, la paralysie générale et différentes scléroses combinées**; par Pierre Marie. (Extr. des bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, séance du 12. Janv. 1894.)

M. geht davon aus, dass das Absterben des Zellenfortsatzes Wirkung einer Erkrankung der Zelle ist, dass daher die Fasern der Rückenmarkstränge nur sekundär degeneriren, dass in jedem Falle von „Leukomyelitis" eine „Poliomyelitis" vorausgehen muss. Je nachdem die primär erkrankten Zellen sich im Rückenmarke befinden oder ausserhalb, ist die Strangerkrankung eine endogene oder eine exogene. Exogen sind die sekundären Degenerationen nach Hirnläsion, die tabische Hinterstrangerkrankung, bei der die Spinalganglien, bez. peripherische Ganglien primär erkranken, und der tabischen verwandten Hinterstrangerkrankungen. Endogen dagegen sind nach M. die Seitenstrangerkrankung bei amyotrophischer Lateralsklerose, die Seiten- und Hinterstrangerkrankung Pellagra, bei progressiver Paralyse. Die primär bei betroffenen Zellen sind in der grauen Rückenmarksubstanz zu suchen, bei der amyotrophischen Lateralsklerose in den „Zellen des Seitenstranges". Der Beweis liegt darin, dass die Degeneration von unten nach oben hin abnimmt, oft in der Brückengegend aufhört, dass sie einen grösseren Bezirk einnimmt, als den des Pyramidenbündels, dass die direkte Pyramidenbahn oft verschont bleibt.

M. hat seine Auffassung in mehreren Arbeiten ausser der hier citirten dargelegt. Es wird im Tabesberichte eingehender über sie zu sprechen sein. Hier sei nur noch bemerkt, dass M. Mischformen anerkennt, besonders bei progressiver Paralyse neben den in seinem Sinne endogenen auch exogene Processe annimmt. Möbius.

373. **Recherches expérimentales sur le trajet des fibres centripètes dans la moelle épinière**; par le Dr. Berdez. (Revue méd. de la Suisse rom. XII. 5. p. 300. 1892.)

B. hat an Meerschweinchen Durchschneidungen *hinterer* Wurzeln vorgenommen und an den 21 bis 35 Tage nach dem Eingriffe herausgenommenen Rückenmarken die sekundären Degenerationen mit Hülfe der Methoden von Marchi und Algeri studirt. B. kommt aus seinen Untersuchungen (für das Meerschweinchen) zu folgenden Resultaten: Die langen Fasern der Goll'schen Stränge sind die direkte Fortsetzung hinterer Wurzelfasern, wenigstens für einen grossen Theil; ein gewisser Bruchtheil steigt von der Cauda equina bis zu den Kernen empor. Der innere Theil des Hinterstranges wird nicht ausschliesslich aus Fasern gebildet, die von den Wurzeln herstammen; vielleicht entspringt ein Theil der grauen Substanz. Sekundäre Degeneration lässt sich nach Durchschneidung hinterer Wurzeln verfolgen auch in die Vorderseitenstränge, mit etwas stärkerer Betheiligung der der Durchschneidungstelle gegenüberliegenden Seite. Im Niveau des operativen Eingriffes liegen die degenerirten Fasern in der Nähe der grauen Substanz, um sich dann, weiter oben, nach der Peripherie, namentlich nach der Kleinhirnseitenstrangbahn, zu begeben. Die nach der gegenüberliegenden Seite ziehenden Fasern nehmen ihren Weg wahrscheinlich durch die hinteren Theile der grauen Commissur. Endlich weist diese Methode auch die sonst (Ramon y Cajal u. s. w.) behauptete Existenz von *absteigenden* Fasern im Hinterstrang nach, in dem sie den mittleren Theil einnehmen.

A. Hoche (Strassburg).

374. **Der Stoffwechsel im Fieber.** *Experimentelle Untersuchung;* von Richard May. (Zeitschr. f. Biol. XXX. 1. p. 1. 1893.)

Diese Versuche sind an hungernden Kaninchen vorgenommen worden, bei denen durch Injektion von Schweinerothlauf-Bouilloncultur Fieber erzeugt wurde.

Sämmtliche Thiere zeigten eine Steigerung der

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

N-Ausfuhr, so dass sich das Kaninchen bezüglich des Einflusses des Fiebers auf die Eiweisszersetzung durchaus dem Menschen und Hunde anschliesst. Die Menge des im Harn ausgeschiedenen Kohlenstoffs nimmt im Fieber zu. Es treten Stoffe in den Harn über, die unter normalen Verhältnissen nur in geringer Menge ausgeschieden werden, wie z. B. das Kreatinin, das bei Fiebernden in bedeutender Menge zur Ausscheidung gelangt. Auch die Gesammtkohlenstoffausscheidung ist ebenso wie die N-Ausscheidung deutlich erhöht. Diese Vermehrung betrifft wahrscheinlich nur den aus Eiweisskörpern stammenden Kohlenstoff.

Die Calorienproduktion der fiebernden Thiere ist gesteigert. Diese Steigerung beruht auf der vermehrten Eiweisszersetzung, während der Zerfall der N-freien Substanzen keine nennenswerthe Zu- oder Abnahme zeigt. Die Frage, warum im Fieber relativ mehr Eiweiss als Fett zerlegt wird, lässt sich nach den vorliegenden Versuchen nicht sicher beantworten. Es scheint dagegen, dass im Fieber die Fähigkeit der Zellen Kohlehydrate zu zersetzen gesteigert ist. Dies wird durch Versuche bewiesen, aus denen hervorgeht, dass bei fiebernden Thieren das Glykogen rascher *schwindet* als in der Norm. Andererseits zeigte sich auch ein bedeutendes Sinken der Eiweisszersetzung bei Darreichung von Traubenzucker. Es scheint daher, als wenn das Fett seiner langsamen Verbrennung wegen nicht geeignet erschiene, um die Ungleichheiten der Wärmeabgabe im Fieber auszugleichen. Hierzu dient ein leichter verbrennliches Material, die Kohlehydrate, oder im Inanitionzustande die Eiweisskörper. Heffter (Leipzig).

III. Pharmakologie und Toxikologie.

375. **Ueber den Einfluss des Salipyrins bei Gebärmutterblutungen**; von Dr. Heinrich Kayser. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 43. 1893.)

Nach seinen an 16 Pat. (Frauenklinik in Giessen) angestellten Beobachtungen glaubt K. dem Salipyrin einen gewissen günstigen Einfluss auf die Gebärmutterblutungen zusprechen zu dürfen, indem letztere durch das Mittel, bezüglich ihrer Stärke und Dauer, soweit sie mit der Menstruation im Zusammenhang stehen, eine Einschränkung erleiden. Nicht an die Periode gebundene Blutungen hörten nach längerem Salipyringebrauch auf; über Blutungen bei Krebs, bei Geschwülsten und über Geburts- und Abortblutungen wurden von K. keine Beobachtungen gemacht. Die die Menses und sonstigen Blutungen begleitenden Schmerzen wurden durch Salipyrin nicht beeinflusst. Einen besonderen Werth scheint das Mittel nach K. bei den dem Klimakterium häufig vorangehenden Blutungen zu besitzen. Eine Dauerwirkung trat nicht ein, üble Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Als Dosis empfiehlt K. 3mal täglich 1.0 g.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

376. **Recherches thérapeutiques sur un dérivé soluble du naphtol-β (asaprol)**; par les DDr. Dujardin-Beaumetz et Stacklen. (Bull. gen. de Ther. LXII. 26. 30. 1893.)

Das *Asaprol* (α und $\sigma\alpha\pi\varrho o\varsigma$: faul), ein weissliches, in's Rosa spielendes, geruchloses, süssbitterlich schmeckendes, in Wasser und Alkohol leicht, in Aether unlösliches Pulver, ist ein an Calcium gebundenes Derivat des Naphthol: $(C_{10}H_7OSO_3)_2Ca + 3H_2O$; es enthält etwa 0.3% freies Naphthol und 1.13% Calciumsulfat, sein Molekulargewicht ist 540; von allen Derivaten des Naphthol wirkt es am stärksten antiseptisch, und zwar $1^1/_2$—2mal stärker als Naphthol selbst. Ehe Vff. das Asaprol bei Kranken anwendenten, prüften sie es auf diese, seine antiseptischen Eigenschaften und seine physiologischen Wirkungen und geben hierüber Folgendes an: In 10 cc Fleischbrühe verhinderten 7 cg Asaprol das Wachsthum des Typhusbacillus, doch schwächten schon 3 cg es merklich; in gleicher Menge verhinderten 8 cg das Wachsthum der Mikroorganismen des Carbunkels und der Cholera, 8—10 cg das des Rotzes; das antiseptische Aequivalent für den pyocyanen Bacillus war 16—16.5, also dem des Natr. salicyl. (= 16) nahe entsprechend. An Kaninchen stellten Vff. nun folgende Versuche an:

Drei dieser Thiere wurden mit Tuberkelgift geimpft und ihnen dann 2 Mon. hindurch die Woche 3mal subcutane Asaproleinspritzungen gemacht. Alle drei widerstanden dem Gift, während von zwei anderen, an demselben Tag in gleicher Weise geimpften, aber nicht mit Asaprol behandelten, das eine starb und tuberkulöse Läsionen zeigte.

Bei Einführung durch den Magen kommt es hinsichtlich der Wirkung sehr auf die Stärke der Lösung, auf die Raschheit der Einführung und auf die Menge der angewendeten Lösung an; jede sehr concentrirte Lösung, z. B. von 1.5—2.0, rasch eingeführt, oder jede verdünnte Lösung, in grosser Menge eingeführt, kann sofort Krämpfe und den Tod veranlassen. Asaprol, mit der Nahrung vermischt und mit allmählicher Steigung von 20 cg auf 2.57 g pro kg Kaninchen, für 24 Std. gegeben und jeden Tag wiederholt, wurde fast 2 Mon. hindurch ganz gut vertragen, sogar unter Erhöhung des Körpergewichtes.

Subcutane, im Verlauf einiger Minuten erfolgte Einspritzung von 20—40 cg Asaprol in 5proc. Lösung (2—4 Spritzen voll an verschiedenen Stellen) pro kg Kaninchen wurden stets gut vertragen, Gaben von 45—50 cg in den meisten, und Gaben von 55—60 cg in einigen Fällen.

Zumeist treten aber nach 60 cg pro kg Thier erst ein Sinken der Temperatur, dann bald allgemeine Krämpfe ein, die Athmung wird zunächst

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

beschleunigt, unregelmässig, dann verlangsamt, das Thier stösst einen Schrei aus und stirbt; mitunter hebt sich die Temperatur nach dem Tode. Aehnliche Erscheinungen treten oft ein nach Einführung einmaliger sehr concentrirter Lösung von 1.50 bis 2.0 pro kg in den Magen.

Intravenöse Einspritzung hatte je nach der Schnelligkeit, mit welcher sie geschah, gleichfalls verschiedene Wirkung und es schwankte die vergiftende Gabe zwischen 75—96 cg pro kg Thier, waren 0.04 g auf 1 cc Flüssigkeit innerhalb 2 Min. eingespritzt worden, so beobachtete man schon nach 15—20 Min. ein Sinken der Temperatur um 1°.

Die Form der Ausscheidung des Asaprol durch den oft sehr stark vermehrten Harn, ist noch nicht festgestellt; nachgewiesen wird es durch Eisenchlorid, welches dem betreffenden Harn eine schwarze, in's Bräunliche, doch weit öfter in's Tiefblaue spielende Färbung giebt; letztere besonders ist für Asaprol charakteristisch. Bei einer Person, welche 1 g genommen hatte, trat die Reaktion nach $^1/_2$ Std. ein, war nach 9 Std. nur noch schwach, nach 17 Std. ganz geschwunden.

Vff. wandten nun das Asaprol in zahlreichen Krankheitsfällen an und kamen schliesslich hierbei zu folgendem Resultat:

Das Asaprol ist der Schwefeläther des Naphthol-β im Zustand des Kalksalzes; sein antiseptisches Acquivalent ist fast gleich dem des salicylsauren Natrons (16—17). Es wird rasch durch den Harn ausgeschieden, in welchem es eine in's Blaue spielende schwarze Färbung erzeugt. Man verschreibt es bei Erwachsenen zu 2—10 g, im Allgemeinen zu 6 g, in Einhüllungen zu je 1 g oder in Wasser, Tisane oder Kaffee. Als Antithermicum oder Analgeticum ward es angewendet: a) bei Rheumat. polyarthrit. acutus et subacutus, Rheumatism. muscul., Muskelschmerzen u. s. w.; b) bei Influenza, verschiedenen typhoiden Zuständen, Amygdalitiden, Pharyngitiden, Furunkulose; c) gewisse Formen von Asthma wurden durch das Mittel erleichtert; desgleichen war es nützlich als Analgeticum bei gewissen Neuralgien (N. intercost., Ischias, besonders Zahnneuralgie). Als sicher erwies sich sein Nutzen bei den Formen des akuten und subakuten Gelenkrheumatismus, bei dem Muskelrheumatismus, bei der Influenza. In der Gabe von 6 g hat es in erstgenannten Fällen dieselben Dienste geleistet wie das Natr. salicylicum.

Wenn einerseits eine wässerige Lösung von Asaprol, in die Vene eines Thieres eingespritzt, weit giftiger wirkt als das Natr. salicylicum, so wird dagegen innerlich das Asaprol unvergleichlich besser vertragen als letztgenanntes.

Das Natr. salicylicum ist bekanntlich bei Nierenkranken zu vermeiden, weil es reizt und bestehende Albuminurie nur verschlimmert; das Asaprol dagegen wurde vertragen von Personen, welche weder das salicylsaure Natron, noch das Chinin, noch das Antipyrin vertrugen; es wurde vertragen, in Gaben von 3—4 g, von Dyspeptikern, welche nicht nur keine andere Arzenei, sondern sozusagen auch keine Nahrung vertrugen; es bewirkte nie die bekannten Nebenerscheinungen des Natr. salicyl., insbesondere keine Hauteruption. Bei Leuten, welche im Verlauf einer akuten Krankheit an leichter vorübergehender Albuminurie litten, hatte das Asaprol in Gaben von 4—8 g die Albuminurie nie vermehrt, noch ihr Verschwinden verzögert; sie verschwand noch vor Aussetzen des Mittels. Mehrere an chronischer Nephritis Leidende mit Anasarca und starker Albuminurie, bei welchen alle Arzeneien, alle Nahrungsmittel ausser Milch schädliche Wirkungen hervorrufen konnten, hatten das Asaprol in Gaben von 3—4 g ohne Nachtheil genommen. Es bewirkte nie Uebelkeit, Erbrechen oder nervöse Störungen. Vff. glauben daher, dass weder dyspeptische Zustände, noch Störungen in den Nieren eine Gegenanzeige für Asaprol bilden, wie dies beim Natr. salicyl. der Fall ist.

O. Naumann (Leipzig).

377. **Sull' azione fisiologica di alcuni prodotti di sostituzioni del guaiacolo**; pel Prof. Pio Marfori. (Arch. di Farm. e Terap. I. 18. p. 545. 1893.)

Das Guajacol ist der Monomethyläther des Brenzcatechin. Die stark krampferregende Wirkung des Brenzcatechin hat im Guajacol schon eine erhebliche Schwächung erfahren. Wird auch das zweite Hydroxyl des Brenzcatechin in Methoxyl umgewandelt, so entsteht das Veratrol, welches statt der krampferregenden starke lähmende Eigenschaften besitzt. Befindet sich statt des zweiten Methoxyl die Gruppe Aethoxyl im Molekül, so zeigt das Mittel hypnotische Eigenschaften und seine Giftigkeit ist herabgesetzt. Der Eintritt der Aethylgruppe ändert den Charakter der Substanz nicht, sondern bedingt nur eine geringere Giftigkeit.

Während Brenzcatechin den arteriellen Blutdruck stark erniedrigt, äussert das Guajacol nur schwach diese Wirkung, das Veratrol treibt dagegen den Blutdruck in die Höhe, auch in grossen Gaben; beim Aethyl- und Allylguajacol ist die Blutdrucksteigerung nur gering.

Das Guajacol verlässt den Körper ganz in Aetherschwefelsäure umgewandelt, das Veratrol wird nur zum kleinsten Theil unverändert ausgeschieden, geht vielmehr hauptsächlich als Guajacolätherschwefelsäure in den Harn über; nach Aethylguajacoleingabe liess sich nur die Aetherschwefelsäure des Guajacol wiederfinden, während das Allylguajacol fast ganz unverändert im Harn wieder erschien.

Sonst untersuchte M. noch das Methylen-, Aethylen-, Trimethylen- und Propylenguajacol. Diese in Wasser unlöslichen, in fetten Oelen schwer löslichen Körper bewirkten, wenn genügende Men-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

gen davon zur Resorption gelangten, Lähmungserscheinungen.

Das Benzoylguajacol, das „Benzosol" des Handels, rief bei Kaninchen und Hunden keine Allgemeinwirkung hervor, dass es aber im Körper gleichwohl eine allmähliche Zerlegung erfuhr, ging aus dem Verhalten des Harns hervor, der Guajacolätherschwefelsäure enthielt. Die Vorzüge, welche das „Benzosol" vor dem Guajacol besitzt, sind: Geruch- und Geschmacklosigkeit und das Fehlen örtlicher Aetzwirkungen, sowie wegen der physikalischen Beschaffenheit die Möglichkeit, das Benzosol bequem als Arzeneipulver eingeben zu können.

H. Dreser (Bonn).

378. **Sur l'action physiologique de l'ortie**; par les DDr. D. Lo Monaco et R. Oddi. (Arch. ital. de Biol. XVII. 3. p. 445. 1892.)

Die verschiedenen Arten der Nesseln (Urtica urens und Urt. dioica) sollen in dem Saft der ganzen Pflanze eine Substanz enthalten, welcher eine kräftige blutstillende Wirkung zukommt. So wandte Rothe eine Watte, die mit dem mittels 60% Alkohol bereiteten Extrakt der Pflanze getränkt und getrocknet war, als vorzügliches Hämostaticum bei Wunden an, auch nach Zahnextraktionen, bei Nasenbluten; bei Metrorrhagien injicirte er lokal 5—10 g der Tinktur.

M. und O. benutzten zunächst zum Nachweis der Wirkung ein wässeriges Extrakt. Bei Fröschen rief es Lähmung des Centralnervensystems und zuletzt des Herzens hervor. Bei Säugethieren waren nach der Resorption auftretende Allgemeinwirkungen bei Injektion in den Magen oder unter die Haut nicht wahrzunehmen. An der ausgeschnittenen Niere löst das zum Durchströmungsblut zugesetzte Extrakt schon in kleinen Mengen einen deutlichen Gefässkrampf aus. Durch Nachspülen von normalem Blut lässt er sich wieder beseitigen und durch antipyrinhaltiges Blut sogar in Gefässerschlaffung überführen; umgekehrt werden aber auch die vorher durch Antipyrin erweiterten Gefässbahnen bei dem Einströmen des nesselextrakthaltenden Blutes wieder verengert; es scheint also ein vollständiger gegenseitiger Antagonismus zu bestehen. Diese lokale vasoconstriktorische Wirkung kommt nach M. und O. nicht den im Pflanzensaft enthaltenen Säuren wie Gerb-, Gallus- und Ameisensäure zu, sondern einer alkaloidartigen, in kleinen Nädelchen krystallisirenden Substanz.

Ueber die mit der rein dargestellten Substanz auszuführenden Versuche versprechen M. und O. weitere Mittheilungen. H. Dreser (Bonn).

379. **Ueber die Wirkung des Muscarins auf das Froschherz**; von Dr. Arthur R. Cushny. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. XXXI. 6. p. 432. 1893.)

C. beginnt mit einer ausführlichen Darlegung der Widersprüche in den Angaben der verschiedenen Beobachter über die Erscheinungen der Muscarinvergiftung am Herzen. Die von ihm selbst zunächst ohne instrumentelle Hülfsmittel am Froschherzen gemachten Beobachtungen zeigten, dass das Muscarin am Herzen sowohl eine Verminderung der Zahl der Pulse, als auch eine Vergrösserung der Diastole herbeiführt. Dabei kann der Stillstand stundenlang dauern.

Bei der genaueren Untersuchung des ausgeschnittenen Herzens zeigte sich wieder die Verminderung der Pulszahl, aber ausserdem war das Volumen der einzelnen Pulse vermindert, und zwar dadurch, dass das Herz seine Systole in immer abnehmender Stärke ausführt, in der Diastole dagegen dehnt es sich weiter aus als normal. Dieser letztere, einer Vergrösserung des Pulsvolumens eigentlich sehr förderliche Umstand wird übercompensirt durch die überhandnehmende Schwäche der Systole. Diese Aenderungen des Contraktionmodus sind in sehr weiten Grenzen unabhängig von dem Verhalten der Pulsfrequenz. Interessant sind ferner die Verschiedenheiten der Muscarinwirkung am isolirten Herzen, bei welchem durch Abklemmung von geeigneter Stärke die Communikation der Vorhöfe mit der Kammer aufgehoben ist, aber nicht die funktionelle Continuität beider Herztheile. Es ergab sich bei dieser Versuchsanordnung, dass Muscarin auf das Herz gebracht gewöhnlich die Stärke der Contraktionen aller Theile abschwächt und ihre Zahl vermindert. Bei Applikation auf den Ventrikel wird nur die Abschwächung ohne die Verminderung der Pulszahl hervorgebracht, an den Vorhöfen entstehen beide. Die Reizbarkeit des Herzmuskels bleibt hierbei unverändert. Die Vorhöfe stehen nie früher still als der Ventrikel. Die extracardialen Nerven üben ihre normale Wirkung aus bei Muscarinvergiftung. Die Wirkungen, welche Muscarin am Herzen des Frosches und wohl auch anderer Thiere hervorruft, sind identisch mit den Folgen der Reizung der hemmenden Vagusfasern; in beiden Fällen nehmen ab die Tonicität des Herzmuskels, die Pulszahl, die Contraktionsgrösse [die Kraft der Contraktion?] und die Fähigkeit, Impulse von den oberen Herztheilen zum Ventrikel herabzuleiten. Bei Vergiftung mit kleinen Mengen lassen sich die in den Angaben der Experimentatoren zu Tage getretenen Verschiedenheiten, dass die Nervenapparate für die Frequenz in einem Falle temporär empfänglicher sind als die den Tonus regulirenden Apparate oder umgekehrt, wohl verstehen.

H. Dreser (Bonn).

380. **De l'action physiologique de la thymacétine**; par le Dr. E. Marandon de Montyel. (Bull. de Thér. LXII. 4. 1893.)

Das *Thymacetin*, ein in Wasser schwer lösliches krystallinisches Derivat des Thymol, war bereits von Jolly in 54 Fällen allgemeiner Paralyse, bez. bei delirirenden Irren zu 0.5—1.0 als

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

schmerzstillendes und schlafmachendes Mittel angewendet worden; in 16 dieser Fälle führte es zwar einen genügenden, jedoch unterbrochenen und nicht so tiefen Schlaf herbei wie das Chloral und Jolly wagte noch kein entscheidendes Urtheil über seinen therapeutischen Werth abzugeben. Auch de M. stellte mit diesem Mittel, welches er in Gaben von 0.25—1.75 gab, an 20 Kranken, von denen 8 an Vesanie, 8 an Epilepsie und 4 an allgemeiner Paralyse litten, eingehende Versuche an, deren Ergebniss jedoch den therapeutischen Werth des Thymacetin als Sedativum recht zweifelhaft erscheinen lässt; mehr Erfolg verspricht es vielleicht, nach de M., die Eigenschaft des Thymacetin, den Sphincter urethrovesicalis zur Contraktion zu reizen (eine Erscheinung, die constant eintrat), therapeutisch in Fällen von Urinincontinenz centralen oder neuropathischen Ursprungs zu versuchen. Die Ergebnisse, zu welchen de M. kam, sind folgende:

1) Das Thymacetin ist ohne Wirkung auf Schlaf, Intellekt, Vasomotoren, Genitalorgane, Sekretionen und die Gedärme. 2) Es hatte in einigen Fällen eine bemerkliche Erweiterung der Pupille bewirkt ohne Störung des Sehens; sie fing an innerhalb der 1. Stunde, dauerte aber nicht länger als 30—40 Minuten. 3) Unmittelbar nach dem Einnehmen führte es zuweilen Schwindel und einen leichten Rausch (ivresse) herbei, jedoch nur für ganz kurze Zeit. 4) In drei Vierteln der Fälle verursachte das Thymacetin einen leichten, mehrere Stunden dauernden Kopfschmerz, welcher zumeist des Nachmittags, seltener den anderen Morgen beim Erwachen begann. 5) Das Thymacetin bewirkte, wie das Dynamometer auswies, eine etwa 2 Std. andauernde Verstärkung der Muskelkraft. 6) Es erhöhte stets, bisweilen um 1°, die Temperatur, die gewöhnlich erst nach 2 Stunden zur Norm zurückgekehrt war. 7) Es vermehrte stets 2 Std. hindurch die Zahl der Einathmungen, ohne deren Rhythmus zu ändern. 8) Es vermehrte stets 2 Std. hindurch die arterielle Spannung und die Zahl der Schläge, bewirkte aber nie Herzpalpitationen. 9) In 2 Dritteln der Fälle führte es des Nachmittags eine grosse Mattigkeit (lassitude) herbei, die zuweilen noch den anderen Morgen beim Erwachen sich zeigte, sonst jedoch keine physiologischen, noch psychischen Begleiterscheinungen. 10) Es veränderte in allen Fällen die Art des Wasserlassens, indem es a) das Bedürfniss hierzu beschleunigte oder verzögerte, b) indem es einen Urovesikalkrampf mit augenblicklicher Verhaltung und Dysurie bewirkte, welche Störungen ebenso rasch auftraten, als schwanden, c) indem es beim Harnen einen öfters bis zu heftigem Brennen gesteigerten Schmerz verursachte, der gleichfalls rasch auftrat und rasch schwand. Diese dreierlei Wirkungen traten entweder vereinzelt oder verbunden auf. 11) Ausnahmeweise verursachte das Thymacetin, auch ohne dass Wasser gelassen wurde, Stechen in der Harnröhre. 12) In 2 Dritteln der Fälle verursachte das Thymacetin den Tag über einen bitteren Geschmack mit üblem Nachgeschmack und teigiger Zunge, doch ohne den Geruch des Athems zu beeinflussen. 13) Fast in allen Fällen erzeugte es eine lebhafte Wärme im Epigastrium, zumeist lokalisirt, doch zuweilen sich über den ganzen Körper verbreitend, selten ein Gefühl von Brennen, welches (noch seltener) längs des Oesophagus hinaufstieg. 14) Das Thymacetin bewirkt einen heftigen und anhaltenden Durst, Brechneigung, Erbrechen und Appetitlosigkeit, ja eine über seine Anwendung hinausdauernde Magenstörung. 15) Die Organe, vornehmlich Blase und Harnröhre, scheinen sich schnell an das Thymacetin zu gewöhnen, nur der Magen wird mehr und mehr gegen dasselbe empfindlich. 16) Alle genannten physiologischen Wirkungen wurden selbst durch schwache Gaben herbeigeführt, doch wurden die Schwindelanfälle, die Temperatur, die Verdauung und das Wasserlassen ganz besonders entsprechend der Höhe der Gabe beeinflusst. 17) Von allen Kranken zeigten sich die Paralytischen am wenigsten empfindlich gegen die Wirkung des Thymacetin, d. h. sie hatten nie Pupillenerweiterung, nie Schwindelanfälle und klagten viel weniger und seltener über Blasenkrampf als die an Vesanie Leidenden; letzterer trat bei den Epileptikern noch weniger auf als bei den Paralytikern. O. Naumann (Leipzig).

381. **Ueber einige pharmakologische Reaktionen der Vogel- und Reptilien-Iris**; von Hans Meyer. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. XXXII. 1 u. 2. p. 101. 1893.)

Nach seinen ausgedehnten Versuchen über das pharmakologische Verhalten der *quergestreiften Irismuskulatur der Vögel* und *Reptilien* berichtet M. über Gifte, a) welche motorische Nervenapparate in glatten oder in gestreiften Muskeln lähmen oder erregen, b) welche den Herzmuskel oder die Skeletmuskeln direkt beeinflussen.

I. *Atropin* ist sowohl lokal in mässigen Mengen, als auch bei schwerer Allgemeinvergiftung auf die Vogel- und Schildkröten-Iris ganz ohne Wirkung. Die wiederholte Instillation starker Atropinlösungen bewirkt fast vollständige Lähmung der Irismuskulatur, an der der Sphinkter und der Dilatator gleichmässig betheiligt erscheinen.

II. *Curare* lähmt die Oculomotoriusendigungen. Von anderen curareartig wirkenden Basen waren *Ditain, Methylstrychninsulphat* ganz ohne Wirkung; *Cotarnin* lähmt wie Curare die Oculomotoriusenden, nur ist es erheblich schwächer.

Das *Hydrastinin*, welches bei übrigens gleicher Constitution nur eine Methoxylgruppe weniger enthält als Cotarnin, bewirkt durch einfache Reizung der Oculomotoriusendigungen stärkste Myose. *Coniin* bewirkt Contraktion der Pupille durch Lähmung des Dilatators, bez. seiner motorischen Trigeminusendigungen; wie Coniin verhält sich auch

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

das Merck'sche *krystallisirte salzsaure Gelsemin*, während das amorphe mydriatisch wirkt.

Pyridin- und *Piperidinsulphat* waren ohne deutlichen Einfluss.

Sparteinsulphat ruft mässige Pupillenerweiterung hervor durch Reizung des dilatatorischen Apparates, wobei es noch unentschieden bleibt, ob durch Erregung der Trigeminusendigungen im Dilatatormuskel oder durch Erregung des Muskels selbst.

Blausäure lähmt die Oculomotoriusendapparate.

Nicotin bewirkt zunächst sehr starke Myose, die aber höchstens eine halbe Stunde anhält, worauf sich dann die Pupille stärker als gewöhnlich erweitert. Angriffspunkt des Nicotin ist höchst wahrscheinlich der Sphinktermuskel selbst.

Pilocarpin war ohne deutliche Einwirkung.

Unter den vom Trimethylamin derivirenden Ammoniumbasen bewirken *Pseudomuscarinchlorid* und *Isomuscarinchlorid* maximale Myose. *Muscarinchlorid* selbst war ohne jede Wirkung, desgleichen *Homoisomuscarinchlorid*, *Anhydromuscarinchlorid*, *Cholinchlorid*, *Betainchlorid* und *Homobetain*. *Myotisch* wirkten *Trimethylaminäthylenchlorid*, *Neurinchlorid*, *Trimethylallylammoniumchlorid*, *Trimethylmonobromallylammoniumbase*, desgl. *Trimethylammoniumisocrotylbase*, desgl. die *Valeryl-Trimethin-*, *Acetenylbase*, *Tetramethylammoniumjodid*; ohne Wirkung waren Trimethylaminchlorhydrat, Chlorammonium, Cocain, Ephedrin, Tetrahydronaphthylamin, Morphium, Guanidinchlorid. Physostigminsalicylat erregt die Muskeln des Auges.

Die *digitalinartigen Gifte* Digitoxin, Digitalin, Helleborein, Convallamarin, Scillain, Evonymin, Strophanthin, Erythrophlein reizen den Sphinktermuskel anfänglich zur Contraktion, um ihn dann für lange Zeit vollständig zu lähmen; der Dilatator wird anscheinend nicht beeinflusst. Die nach Chlorbaryum sich einstellende geringe Verengerung war offenbar nur die Folge der anscheinend heftigen sensiblen Reizung. Formaldehyd wirkt ähnlich den digitalinartigen Giften, aber mit entzündlichen Nachwirkungen.

Ohne Ergebniss verliefen Versuche mit Veratrin, Coffein-Natriumbenzoat, Apomorphin und Kupferverbindungen. Chininsalze lähmen die Irismuskulatur. H. Dreser (Bonn).

382. **Ueber die anästhesirende Wirkung einiger organischer Herzgifte auf das Auge**; von Dr. Rommel in Neuzelle. (Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 3. p. 96. 1893.)

R. untersuchte am Auge von Kaninchen und auch von Menschen die Wirkung von Helleborein, Convallamarin, Strophanthin, Adonidin, Carpain. hydrochlor. und Muawin. hydrobromicum. Alle Versuche ergaben positiven Erfolg. Nach grösseren oder geringeren Gaben (die einzelnen Versuche sind genau beschrieben) trat Anästhesie der Binde- und Hornhaut ein. Eine 2.5proc. Lösung von Strophanthin wurde in der Greifswalder Klinik öfter zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut verwendet. Ohne Erfolg blieben die Untersuchungen mit Coffein, Digitalin, Scillipikrin, Spartein, Muscarin, Apocynin und Neurin. Zu erwähnen wäre noch, dass es bei den Versuchen manchmal vorkam, dass die Sonde auf der Hornhaut bald gefühlt und bald darauf wieder nicht gefühlt wurde. Da ersteres der Fall war, wenn kalte Sonden, letzteres, wenn gewärmte Sonden benutzt wurden, glaubt R., dass in diesen Fällen der Temperatursinn noch erhalten geblieben war. Lamhofer (Leipzig).

383. **D'un effet de l'antipyrine dans certaines formes d'atrophie du nerf optique**; par E. Valude. (Ann. d'Oculist. CX. 3. p. 166. Sept. 1893.)

V. beobachtete bei mehreren Kranken im Hôtel-Dieu, die wegen Fieber und Schmerzen Antipyrin bekommen hatten, eine auffallende Besserung ihres gleichzeitig sehr gesunkenen Sehvermögens. Einige Patienten hatten schon ganz blasse Sehnerven, konnten nur Finger- und Handbewegung in einiger Entfernung erkennen und wurden wieder arbeitfähig. Weitere Beobachtung lehrte ihn, dass der Nutzen des Antipyrin nicht bei Tabes, sondern nur bei der Atrophie, die nach interstitieller Neuritis folgt, zu Tage tritt und dass die Besserung des Sehvermögens nur für die Nähe stattfindet, wahrscheinlich in Folge stärkerer Ernährung einzelner zum Sehen in der Nähe ausreichender Nervenbündel, bez. Netzhautstellen. Die beste Anwendung des Mittels ist subcutan (gleichzeitig mit etwas Cocain) in Dosen von 1—2 g alle 2 Tage. Lamhofer (Leipzig).

384. **Untersuchungen mit der quantitativen colorimetrischen Methode über die Resorption in die vordere Kammer**; von Dr. Bellarminoff in Petersburg. (Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 3. p. 38. 1893.)

B. nahm Fluorescein zu seinen Untersuchungen. Es zeigte sich zunächst, dass in einer gegebenen Zeit, z. B. 20 Minuten, die gesättigte Fluorescein-Lösung nur in Bruchtheilen von hundertmillionsten Theilen eines Grammes in die Kammer diffundirte. Auf Atropin und andere Mittel angewendet, ersehen wir daraus, welche geringe Mengen, wohl nur millionste Theile eines Milligramms, davon in die Kammer gelangen und vollständige Wirkung ausüben. Die Diffusion erfolgt durch Hornhaut und Bindehaut, doch durch erstere mehr. Am todten Auge vollzieht sich die Diffusion langsamer. Entfernung des Epithels steigert am lebenden und todten Auge die Diffusion. Was den Einfluss der Nerven auf die Diffusion betrifft, so bewirkt Durchschneidung des N. sympathicus, sowie Exstirpation des Ganglion supremum eine Schwächung der Diffusion, Reizung des N. sympathicus aber eine Verstärkung. Durchschneidung des N. trigeminus

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

bewirkt sofort eine Verminderung, später aber, schon nach einer Stunde, eine Steigerung des Diffusions-Coëfficienten; Reizung des N. trigeminus bewirkt eine Verminderung. Letztere tritt auch ein bei erhöhtem Druck des Auges. Bedeutend steigert Cocain die Diffusion, aber nur am lebenden Auge. Die Wirkung des Cocains vermindert sich, wenn vorher der N. sympathicus durchschnitten wurde. Man kann also sagen, dass die Wirkung des Cocains in seiner Reizung der peripherischen Sympathicus-Endigungen, der Herabsetzung des intraocularen Druckes, Lähmung der Trigeminusenden und dem Einfluss auf das Hornhaut-Epithel beruht.

Lamhofer (Leipzig).

385. **Ueber die antiseptische Kraft des Ichthyols**; von Dr. R. Abel. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 13. p. 413. 1893.)

Während die Ichthyolpräparate (Ichthyolammon und Ichthyolnatrium) bereits in schwachen Lösungen und in kurzer Zeit die pyogenen Streptokokken und Erysipelkokken sicher abzutödten vermögen (Fessler) [die Wirkung der verschiedenen im Handel vorkommenden Präparate ist ziemlich genau die gleiche], besitzen der Staphylococcus aureus und albus, der Bacillus pyocyaneus, Bacillus typhi, ozaenae und anthracis, das Spirillum der Cholera eine mehr oder weniger grosse Widerstandsfähigkeit gegen Ichthyol, die unter allen Umständen so bedeutend ist, dass reines Ichthyol stundenlang einwirken muss, um die Organismen in Culturen zu vernichten. Es lässt sich also den gebräuchlichen Antisepticis in keiner Weise an die Seite stellen.

Da aber das Ichthyol bei der Behandlung des Typhus und der Ozaena gute Dienste geleistet hat, obschon es deren Erreger nur schwer unschädlich machen kann, so wird man ihm einen gewissen günstigen Einfluss auf die kranken Körpertheile zuschreiben müssen.

Schwache Lösungen können pathogene Keime, z. B. den Staphylococcus aureus, längere Zeit enthalten. Es empfiehlt sich deshalb nur 50- bis 100proc. Ichthyol aufzubewahren und die Verdünnungen unmittelbar vor dem Gebrauche selbst zuzubereiten. Nowack (Dresden).

386. **1) Vorläufige Mittheilung über die Desinfektion von Kleidern, Lederwaaren, Bürsten und Büchern mit Formaldehyd (Formalin)**; von Prof. K. B. Lehmann. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 32. 1893.)

2) Ueber einige Wirkungen des Formaldehyds; von Dr. Carl Gegner. (Ebenda.)

3) Das Formaldehyd als Antisepticum; von Dr. F. Blum. (Ebenda.)

1) Das Formalin (eine 40proc. Formaldehydlösung) hält Lehmann für ein vortreffliches Desinficiens für die im Titel bezeichneten Gegenstände. Die Dämpfe von 5 ccm tödteten unter einer Glasglocke von $3^3/_4$ Liter Inhalt alle Keime, Milzbrandsporen, die an Seidenfäden in Tuchläppchen eingewickelt waren, allerdings erst nach 24 Stunden sicher. Desinfektionsversuche mit Kleidern wurden in einer Kiste mit 104 Litern Rauminhalt gemacht, am besten bewährte es sich, zwischen die einzelnen Kleiderschichten mit Formalin befeuchtete Tücher zu legen, nach 24 Stunden waren alle Milzbrandsporen, die sich in Tüllsäckchen in den Brusttaschen der Röcke befanden, abgetödtet, wobei 30 g Formalin ausreichten. Der unangenehme Geruch des Formalins lässt sich am besten durch nachheriges Besprengen der Kleider mit Ammoniak beseitigen; das Formalin wird in Hexamethylentetramin verwandelt und das überschüssige Ammoniak verdunstet schnell. In derselben Weise und mit demselben Erfolge wurden Bürsten und Kämme desinficirt. Die Gegenstände leiden nicht und mit einer Formalin- und eventuell einer Ammoniakkiste lässt sich daher eine sichere und billige (1 Centner Formalin kostet 3 Mk. 60 Pf.) Desinfektion im Hause erreichen. Sehr gut dürfte sich das Formalin für Friseure eignen, auch zur Desinfektion von Leihbibliothekbänden, sowie von Rosshaaren und Lumpen. Es ist nicht brennbar und die Dämpfe explodiren nicht.

2) Die gute Wirkung der Formalindämpfe gegen pathogene Keime bewährte sich auch Gegner, Formalinlösungen dagegen zeigten keine Vorzüge vor den gebräuchlichen Antisepticis. G. konnte auch eine vom Fabrikanten gemachte Angabe bestätigen: wurde ein Kaninchenohr 3mal täglich mit Formalin bestrichen, so zeigte sich bald Röthung und Schwellung, am 7. Tage war es ganz hart und konnte stückweise abgebrochen werden, an der Grenze des gesunden Gewebes trat keine Eiterung dabei auf. Es mahnt das zur Vorsicht bei äusserer Anwendung, vielleicht lässt sich das stark reducirende Mittel aber bei chron. Hautleiden und bei Geschwülsten verwerthen.

3) Blum prüfte die Wirksamkeit von Lösungen und zweifelt an ihrer Verwendbarkeit für die operative Chirurgie, da sie die Keime zu langsam abtödten. Dagegen genügen schon ganz schwache Lösungen (1 : 10000), um die Fäulniss zu verhindern, und das Formalin dürfte daher als verhältnissmässig ungiftiges und sicheres Conservirungsmittel zu verwenden sein.

Woltemas (Diepholz).

387. **Ueber Argyrie in Vergleich zur Siderose**; von Kobert. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXV. 5. p. 773. 1893.)

Da es bis jetzt noch nicht gelungen war, echte akute Argyrie experimentell hervorzurufen, liess K. die Sache von Neuem in Angriff nehmen durch seine Schüler Krysinski, Samojloff und Gerschun. Nach Einführung von glycyrrhizinsaurem Silberoxydnatron, welches mit dem Blut-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

serum sich sofort zu einer complicirten Eiweissverbindung vereinigt, direkt in's Blut, erschien schon nach 2 Tagen eine reduktive Schwarzfärbung in der Leber; das Silber wurde in Form von schwarzen Pünktchen abgeschieden, welche von Leukocyten allmählich aufgenommen werden. Von der Leber aus verbreiten sich diese wohl sekundär auch über andere Organe, so dass man sie später an den verschiedensten Körperstellen findet. Nächst der Leber kommen die Nierenglomeruli, der Papillarkörper der Cutis und der Dünndarm in Betracht als Orte, an denen primär eine reduktive Schwarzfärbung des kreisenden Silbers stattfindet, und zwar gilt dies sowohl für die akute Argyrie der Versuchsthiere, wie für die chronische Argyrie des Menschen. Soweit das Silber wieder ausgeschieden wird, verlässt es den Körper nicht mit dem Harn, sondern mit dem Kothe. In dieser Beziehung verhält es sich ähnlich wie das Eisen, mit dem es noch Folgendes gemeinsam hat. Bei der nach Einspritzung von Eisen auftretenden Siderose haftet das Metall in gleicher Weise im Körper und die Entgiftung dauert Wochen und noch länger; bei plötzlicher Einführung in das Blut halten zunächst die Leberzellen das Metall zurück, Leukocyten wandern ein, beladen sich mit dem Metall und schaffen es nach den Lymphgefässen fort. Bei chronischer Vergiftung findet sich von diesen Leukocyten nichts mehr vor, sondern das Metall liegt scheinbar formlos extracellulär und wird bis zum Tode des Individuum nie wieder ganz beseitigt.

Die Unterschiede zwischen beiden Vergiftungen bestehen in Folgendem: Die Argyrie befällt die verschiedensten Organe, besonders die Haut; die Siderose thut dies niemals; die Siderose kann durch Zersetzung eisenhaltiger normaler Körperbestandtheile entstehen; die Nierenglomeruli werden bei der Argyrie stets auffallend verändert, bei der Siderose nicht oder nur vorübergehend.

Wermann (Dresden).

388. **Ueber ein chemisches Gegenmittel bei Cyanvergiftungen**; von Dr. Julius Kóssa. (Ungar. Arch. f. Med. II. 1. p. 12. 1893.)

Als solches empfiehlt K. nach einer einleitenden Kritik der von Krohl unter Kobert's Leitung angestellten Versuche mit dem Wasserstoffsuperoxyd das übermangansaure Kali, welches im Stande sei, selbst das Zehnfache der tödtlichen Menge von Cyankalium noch unschädlich zu machen.

Da K.'s Versuche mit Vergiftung vom Magen aus so angestellt sind, dass er unter 4 Versuchen 3mal das Permanganat schon unmittelbar vor der Einbringung des Cyankalium einverleibt hat und nur 1mal unmittelbar danach, so beweist dies eigentlich nur das, was K. auch durch einen einfachen chemischen Versuch in vitro statt im Thiermagen darthut, dass nämlich die Blausäure vom übermangansauren Kali sehr rasch durch Oxydation zerstört wird. Die Ergebnisse waren sowohl nach Applikation beider Lösungen in den Magen, wie in den Mastdarm ausserordentlich günstig; ob jedoch der Arzt von dem übermangansauren Kali bei Blausäurevergiftungen wirklich erheblichen Nutzen ziehen wird, ist darum zu bezweifeln, weil er wohl nie zeitig genug nach der Einnahme des Giftes die 1proc. Kaliumpermanganatlösung (etwa die 50fache Gewichtsmenge Permanganat von der des eingenommenen Cyankalium) wird beibringen können. Eher ist bei *langsamer* verlaufenden Vergiftungen allenfalls durch die Zerstörung noch im Magen befindlicher Giftreste vom Kaliumpermanganat etwas zu erwarten; K. empfiehlt, dem Vergifteten möglichst rasch $^1/_8$—$^1/_2$ Liter einer 0.3—0.5proc. Lösung des Kaliumpermanganat zu reichen.

H. Dreser (Bonn).

389. **Cas fatal d'empoisonnement aigu par la benzine**; par T. N. Kelznack. (Gaz. de Par. LXIV. 46. 1893.)

26jähr. Mädchen, das 5 Stunden vor der Aufnahme eine grössere Menge Benzin zu sich genommen hatte. Bewusstsein geschwunden. Puls stark beschleunigt, kaum zählbar. Pupillen eng, reaktionslos. Gliedmaassen kühl. Lippen, Augen, Nase bläulich verfärbt. Starker Geruch nach Benzin. Magenausspülung. Einspritzung von Aether und Strychnin. Nach einiger Zeit Rückkehr des Bewusstseins. Klagen über Leib- und Kopfschmerz. Durchfall und Erbrechen. 12 Stunden nach der Vergiftung Tod an Herzschwäche. *Autopsie:* Alle Theile strömten einen starken Anilingeruch aus. Gehirn und Hirnhäute blutreich. Lungen blutüberfüllt, ödematös. In den Bronchen und im Dünndarm kleine Blutungen; ein grösserer entzündlicher Herd mit blutigen Rändern im unteren Dünndarm. Leber und Nieren blutreich. Urin reich an Eiweiss. Im Bodensatz Epithelien, Blutkörperchen, Detritus. Im Blute war spektroskopisch kein Methämoglobin nachzuweisen.

Brückner (Dresden).

390. **Osservazioni sopra un caso di actinomicosi dell'uomo guarito col joduro di potassio**; pei Dott. Buzzi e Galli-Valerio. (Rif. med. IX. 103. 1893.)

Ein 24jähr. Arbeiter, der bei der Heuernte beschäftigt war, hatte im Juli 1892 eines Tages eine juckende Empfindung am Zahnfleisch des rechten, letzten, oberen Molarzahnes, weshalb er diese Stelle öfters mit einem Strohhalm kratzte. Nach und nach entwickelte sich eine Schwellung des Zahnfleisches, ohne dass die benachbarten Zähne eine Spur von Caries zeigten. Im August erstreckte sich die Schwellung auch auf die Regio parotidea und masseterica und später auf die ganze rechte Wange, dann dehnte sie sich auch auf die Regio mastoidea und nach unten bis zur Clavicula aus, so dass der Patient den Mund fast gar nicht mehr öffnen konnte. Mitte September verordnete ein Arzt warme Umschläge und Einreibung von Jodkaliumsalbe. Am 4. October wurde im unteren Theile der Regio masseterica, wo eine Fluktuation vorhanden war, eine Incision gemacht und etwas Eiter mit Blut vermischt entleert. Derartige Incisionen wurden dann noch an verschiedenen anderen Stellen, wo Fluktuation wahrzunehmen war, wiederholt. Ueberall wurden die Wundhöhlen sorgfältig ausgekratzt und mit Sublimat ausgespült, eine Besserung trat aber trotzdem nicht ein. Jetzt wurde durch mikroskopische Untersuchung des Eiters die Diagnose Actinomycosis gestellt und der Kranke einer Behandlung mit starken Dosen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Jodkalium unterzogen (2 g pro die). Bald trat eine erhebliche Besserung ein: der Eiterausfluss und die Schwellung nahmen ab, die Fisteln schlossen sich, die Schmerzen hörten auf, so dass der Patient Anfang März als vollständig geheilt entlassen werden konnte.

Da die Aktinomykose in dem vorliegenden Falle weder spontan, wie es wohl manchmal vorkommt, noch durch eine entsprechende chirurgische Behandlung heilte, so darf man wohl annehmen, dass das Jodkalium hier als specifisches Heilmittel wirkte. Emanuel Fink (Hamburg).

IV. Neuropathologie und Psychiatrie.

391. **a) Ueber chronische spinale Muskelatrophie im Kindesalter und auf familiärer Basis**; von J. Hoffmann. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. III. 6. p. 427. 1893.)

b) Zur Lehre von der progressiven Muskelatrophie; von A. Strümpell. (Ebenda p. 471.)

a) Die vorstehenden Arbeiten haben das Gemeinsame, dass sie beide die einige Zeit hindurch scharf erhaltene Unterscheidung zwischen den spinalen und den myogenen progressiven Muskelatrophien als heute nicht mehr berechtigt erkennen lassen. Hoffmann bringt Beobachtungen echter myelogener Atrophie mit ausgeprägt familiärem Auftreten, eine Erscheinungsweise, die man früher als Charakteristicum der Myopathien ansah. Es handelt sich um 5 Fälle in einer und 2 in einer zweiten Familie, von denen 2 genau klinisch, einer genau klinisch und anatomisch beobachtet und untersucht sind. Die Fälle charakterisirten sich durch den Beginn im Rücken, dem Becken und den Oberschenkeln, erst später kamen die Schultern und Oberarme und zu gleicher Zeit die Unterschenkel, ganz zuletzt Finger und Zehen an die Reihe. Es handelte sich um allmählich zunehmende und sich weiter ausbreitende Atrophie mit Lähmung. Die Atrophie wurde zuerst durch Adipositas verdeckt; die Lähmung, die ganz schlaff war, erreichte an den Gliederenden nie die hohen Grade, wie an den Wurzeln und am Rumpfe. Das Leiden schritt ganz symmetrisch vorwärts. Schmerzen bestanden kaum, auch keine cerebralen oder bulbären Symptome. Die Sphinkteren waren frei, die Sehnenreflexe erloschen. Fibrilläre Zuckungen bestanden nicht, wohl aber deutliche Entartungsreaktion. Der Tod trat stets im frühen Kindesalter ein. Die Eltern und Grosseltern waren gesund. Schon klinisch konnte man in diesen Fällen trotz der Heredität und etwa dem Beginn an der Rumpfmuskulatur eine primäre Dystrophie ausschliessen. Anatomisch fand H. im 1. Falle Atrophie und Schwund der Vorderhornganglienzellen, Atrophie der vorderen Wurzeln und schwächere der peripherischen Nerven, einfache Atrophie der Muskeln (siehe auch Strümpell), Degeneration der Pyramidenbahnen und eines Theiles der Seitenstrangreste. Differential-diagnostisch kam besonders die progressive neurotische Muskelatrophie in Betracht: hier beginnen aber Lähmung und Atrophie an den distalsten Enden der Glieder, es bestehen Neigung zu Contrakturen und objektive Sensibilitätstörungen, auch lebhafte Schmerzen. Ganz gleiche Fälle sind nur von Werdnig beschrieben (vgl. Jahrbb. CCXXXII. p. 32). Neben dem interessanten, schon hervorgehobenen Umstande der Heredität in diesen Fällen myelogener Atrophie sind sie also im höchsten Grade bemerkenswerth als äusserst seltene Fälle echter spinaler progressiver Muskelatrophie im frühen Kindesalter.

b) Strümpell beschreibt folgenden Fall. Progressive Muskelatrophie mit Beginn in den Fingern, allmählicher Uebergang auf Schultern und Rücken. Keine Hypertrophie. Keine fibrillären Zuckungen, keine Entartungsreaktion. Ausgesprochene Heredität: die Mutter hatte dasselbe Leiden gehabt. Anatomisch: *einfache* Atrophie der Muskeln mit Volumenzunahme, Spaltung, Abrundung, Höhlenbildung, aber Degeneration der peripherischen Nerven und der Vorderhornganglienzellen. Hier sprechen Heredität, Mangel der fibrillären Zuckungen und der Entartungsreaktion, sowie der Muskelbefund für Dystrophie, der Rückenmarksbefund und der Beginn in der Handmuskulatur, die Atrophie des Deltoides für spinale Muskelatrophie. Str. nimmt in diesem Falle an, und zwar besonders deshalb, weil die Atrophie der Muskeln eine einfache sei und deshalb nicht durch absteigende Degeneration von den Vorderhornganglien erklärt werden könnte (siehe in dieser Beziehung übrigens die vorstehende Arbeit von Hoffmann), dass die Atrophie in den Muskeln begonnen habe und dann aufsteigend allmählich peripherische Nerven und Vorderhornganglien in Mitleidenschaft gezogen habe. Deshalb seien auch weder Entartungsreaktion, noch fibrilläre Zuckungen beobachtet. Er rechnet also seinen Fall trotz des Rückenmarksbefundes zu den Dystrophien und erwähnt von gleichen Fällen besonders die von Heubner und Frohmayer. Damit, sagt er, sind denn allerdings die zwischen spinaler und myopathischer Muskelatrophie gezogenen Grenzen wieder schwankend geworden. Aber diese Grenzen, so sehr sie auch für die Erkenntniss der einzelnen Varietäten nützlich gewesen sind, sind in Wahrheit doch nur nebensächlich. Das gemeinsame Band, das alle die verschiedenen Formen der progressiven Muskelatrophie umschlingt, ist die angeborene abnorme Veranlagung des ganzen motorischen Systemes, die man nicht nur bei den echt hereditären und familiären Formen, sondern auch bei den sporadischen Fällen anerkennen muss. Ob es erworbene progressive Muskelatrophie giebt, bezweifelt Strümpell. Die Varietäten entstehen dadurch, dass verschiedene Abtheilungen des Systemes bald in dieser, bald in jener Ausbreitung dem

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Untergange anheimfallen: so kommen die myopathischen, neuritischen, spinalen Formen der Muskelatrophie, die hereditäre Bulbärparalyse, amyotrophische Lateralsklerose und spastische Spinalparalyse zu Stande. *Häufig* zeigt sich die Atrophie in äusserlich für uns erkennbarer Form nur in den Muskeln, doch können ebenso unter Umständen die peripherischen Nerven, die spinalen Ganglienzellen und sogar die weitere centrale Fortsetzung, die Pyramidenbahnen, daran theilnehmen. Nach dem Sitze der primären Erkrankung entstehen dann wieder verschiedene klinische Bilder, wie die Ophthalmoplegie, die Bulbärparalyse, die verschiedenen Dystrophien. Wesentliche Unterschiede bedingt das nicht. Die Mitbetheiligung des eigentlichen Nervensystemes wird sich besonders klinisch durch die Entartungsreaktion und fibrilläre Zuckungen verrathen. Wichtig erscheint Str. noch die Frage, in welcher Richtung in den einzelnen Neuronen die anatomisch sichtbare Atrophie fortschreitet. Vieles, besonders auch Erfahrungen über leichtere toxische Lähmungen, sowie der eigene hier besprochene Fall sprechen dafür, dass die Atrophie zuerst am peripherischsten Ende einsetzt und erst später die Ganglienzelle erreicht. Damit würde der eigentliche Begriff der sekundären Degeneration für diese Fälle nicht mehr passen. Doch könnte dabei freilich auch im Sinne Erb's primär eine funktionelle Erkrankung der Ganglienzellen vorhanden sein, die sich ebenfalls in anatomisch sichtbaren Läsionen zuerst in den Endbäumchen zu erkennen geben könnte. Auch bei der Degeneration der Nerven nach Durchschneidung zerfällt ja nach Ranvier zuerst das peripherischste Ende. Bruns (Hannover).

392. **Weiterer Beitrag zur Lehre von den hereditären und familiären Erkrankungen des Nervensystems.** *Ueber die spinal-neurotische Form der progressiven Muskelatrophie;* von Prof. M. Bernhardt. (Virchow's Arch. CXXXIII. 2. p. 259. 1893.)

B. beschreibt 3 neue Kranke mit der sogenannten progressiven neurotischen Muskelatrophie Hoffmann's. Zwei davon waren Schwestern, deren Mutter ebenfalls an progressiver Muskelatrophie gelitten hatte, die 3. Kranke eine Cousine der beiden ersten.

In dem ausgeprägtesten Falle, bei einer verheiratheten Dame, hatte das Leiden erst im 20. Lebensjahre begonnen. Mit 45 Jahren fand man Abmagerung der Unterschenkel, des unteren Theiles der Oberschenkel, deutliche Atrophie nur an den ersten beiden Interossei; enorme Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit aller Muskeln, mit Einschluss des Facialisgebietes, ohne Störung der aktiven Beweglichkeit. Leichte Ermüdbarkeit. Blitzartige Schmerzen. Bei der 2. Schwester fand man noch Skoliose und Verkrümmung der Füsse. Bei der Cousine nur leichte Ermüdbarkeit, Schmerzen, stelzenartige Unterschenkel.

An der Zugehörigkeit dieser Fälle zum Hoffmann'schen Typus dürfte wohl kein Zweifel sein; es handelt sich dabei um ungemein chronisch verlaufende und zum Theil spät einsetzende Fälle. Auch ist das starke Hervortreten sensibler Reizerscheinungen im Krankheitsbilde auffällig, gegenüber der geringeren Atrophie und Motilitätstörung, nur die elektrische Untersuchung bewies die starke Erkrankung der Muskeln. B. giebt ausserdem eine genaue Uebersicht über die Geschichte dieser Krankheit, wobei er sich besonders an die Arbeiten von Charcot-Marie und Hoffmann hält.

Bruns (Hannover).

393. **Sur la névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance, affection souvent familiale et à début infantile, caractérisée par une atrophie musculaire des extrémités, avec troubles marqués de la sensibilité et ataxie des mouvements et relevant d'une névrite interstitielle hypertrophique à marche ascendente, avec lésions médullaires consécutives**; par J. Dejerine et Sottas. (Extrait des mémoires de la Société de Biologie, séance du 18. Mars 1893.)

Die Ueberschrift giebt schon eine ziemlich genaue Inhaltsangabe der Arbeit. Es handelt sich um 2 Kranke (Schwester und Bruder), die Schwester war auch anatomisch untersucht. In beiden Fällen zeigte sich zunächst das Krankheitsbild der Hoffmann'schen neurotischen Muskelatrophie, von der deshalb die Autoren zu Beginn der Arbeit eine Skizze entwerfen, in allen seinen charakteristischen Zügen und mit nur ganz geringen Abweichungen: Beginn im frühen Alter an den unteren Gliedern, erst später die oberen ergreifend, Pes equinus im 2., Pes varus im 1. Falle u. s. w. Dazu kam aber eine ausgeprägte Störung der Sensibilität der Glieder, die an den distalsten Enden derselben am stärksten war, eine deutliche Störung der Coordination der Bewegungen, mit Verlust des Lagegefühls und mit Romberg'schem Symptome, Pupillenstarre und Myosis im 2., Pupillenträgheit im 1. Falle. Die Autopsie und die ausserordentlich genaue histologische Untersuchung der 1. Patientin (Schwester) ergab dann eine interstitielle hypertrophische Neuritis, d. h. Zunahme des Zwischengewebes zwischen den einzelnen Nervenfasern in dem Grade, dass sie zur Hypertrophie des ganzen Stammes und zum Druckschwund der Fasern geführt hatte, an den peripherischen Nerven; geringere gleichartige Erkrankungen an den spinalen Wurzeln, Vorderhornganglien intakt, im Lendenmark Degeneration der Goll'schen und Burdach'schen, weiter oben nur der Burdach'schen Stränge. Klinisch bestand also eine neurotische Muskelatrophie mit Tabes, anatomisch eine eigenartige Erkrankung der peripherischen Nerven und davon ausgehend eine sekundäre Erkrankung der Hinterstränge, die in ihrer Lokalisation auch ganz wieder der Tabes glich. Die Autoren halten in klinischer und anatomischer Beziehung ihre Beobachtung für eine neue, bisher

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

nicht beschriebene Krankheitsform und finden in der Literatur nur einen gleichen Fall von Gombault und Mallet unter dem Titel: Un cas de tabes ayant débuté dans l'enfance. Arch. de Méd. expérim. p. 385. 1889. Sie irren nur darin, dass sie angeben, bei der neurotischen Form der progressiven Muskelatrophie fehlten Sensibilitätstörungen, ihr Vorkommen ist von Hoffmann ganz besonders hervorgehoben, nur sind sie bisher nie so stark wie in den vorliegenden Fällen zur Beobachtung gekommen. Bruns (Hannover).

394. **a) Des poliomyélites antérieures, aiguë, subaiguë et chronique de l'adulte greffées sur la paralysie infantile**; par le Prof. Bernheim. (Revue de Méd. XIII. 1. p. 1. 1893.)

b) Etude clinique sur les rélations de l'atrophie musculaire progressive de l'adulte avec la paralysie infantile; par Charles Grandon. (Thèse de Paris 1893.)

a) B. bringt folgenden Fall.

Spinale Kinderlähmung im 11. Lebensmonate. Atrophie des rechten Beins mit paralytischem Klumpfuss. Mit 47 Jahren progressive Muskelatrophie im Typus Duchenne-Aran; Beginn in der rechten Hand, mit allmählicher Ausbreitung. Nach 4 Jahren Tod an einer Apoplexie. Atrophie der Ganglienzellen *beiderseits* im ganzen Hals- und Dorsalmark, im Lendenmark *nur rechts*. Die Erkrankung des Lendenmarks unterschied sich auch histologisch von der des Halsmarkes. Hier waren mehr Amyloidkörper, mehr Gefässe: sie bildet den alten Krankheitsherd.

Die Ansicht von Ballet und Dutil, dass der alte Herd der spinalen Kinderlähmung eine Art von Fremdkörper (Stachel) im Marke bilde, von dem aus dann die neue Erkrankung des Erwachsenen ausgehe, kann deshalb nicht zu Rechte bestehen, weil in vielen bekannten Fällen die neue Erkrankung weit ab vom alten Herde begann.

B. schliesst nur, dass zwischen der alten spinalen Kinderlähmung und der später hinzugetretenen progressiven Muskelatrophie eine Beziehung bestehen müsse, die sich erkläre durch eine ganz besondere krankhafte Veranlagung der Vorderhornganglien. Diese könne die Folge der ersten Krankheit, aber auch eine angeborene sein. Das Vorkommen subakuter Poliomyelitis adultorum nach spinaler Kinderlähmung könne man sich nur durch die Theorie erklären, dass die spinale Kinderlähmung eine Infektionskrankheit sei, deren Gift für lange Zeit im Körper verbleibe, auch Recidive dieser letzteren selbst kämen vor.

b) Gr. berichtet über einen Fall von progressiver spinaler Muskelatrophie mit Beginn im 37. J., nach spinaler Kinderlähmung im 2. Jahre. Die letztere beschädigte beide Beine, die erstere begann in der Schultermuskulatur und ergriff später die gesammten Arme. Der Fall ist schon einmal (Progrès méd. Mars 10. 1889) von Rémond beschrieben. Die häufige Aufeinanderfolge von progressiver Muskelatrophie und spinaler Kinderlähmung muss die Prognose der letzteren verschlechtern.

Ob beide Krankheiten im Verhältniss von Ursache und Wirkung stehen, ist noch zweifelhaft, namentlich lassen sich gegen die Stacheltheorie von Ballet und Dutil erhebliche Einwendungen machen (s. o.). Vielleicht verbindet beide Erkrankungen das gemeinsame Band der Heredität (?).

Bruns (Hannover).

395. **Contribution à l'étude des troubles nerveux consécutifs aux traumatismes de l'arrêt de développement à la suite des lésions des membres dans l'enfance** *(Atrophie musculaire numérique)*; par le Dr. M. Klippel. (Revue de Méd. XIII. 3. p. 223. 1893.)

Kl. berichtet über einige eigenthümliche Fälle von Stillstand der Entwickelung von Gliedmaassen nach Verletzungen. Im ersten Falle war im 3. Jahre eine Verletzung des Knies erfolgt. Das ganze Bein war im 31. Jahre kürzer, dünner, die Muskeln waren atrophisch, das Ganze machte auf den ersten Blick den Eindruck der spinalen Kinderlähmung. Doch war der Patellarreflex vorhanden, nirgends bestand eine eigentliche Lähmung, und die elektrische Erregbarkeit war höchstens etwas herabgesetzt, der Kranke starb an Phthise. Anatomisch fand sich, dass die Zahl der Muskel- und Nervenfasern der einzelnen Nerven und Muskeln am linken Beine gegen rechts herabgesetzt war, dass aber die vorhandenen ganz gesund waren, und dass das Rückenmark im Wesentlichen intakt war, daher *Atrophie numérique*. Der linke Oberschenkelknochen war sehr viel dünner als der rechte. Zwei andere nur klinisch beobachtete Fälle (in einem Zurückbleiben einer oberen, im zweiten einer unteren Extremität nach Trauma) sind nicht ganz so rein wie der erste Fall, hier sind wohl noch degenerative Muskelatrophien vorhanden. Eine solche rein quantitative Atrophie der Muskeln ist bisher noch nicht beschrieben: auch ist überhaupt das Vorkommen einer Entwickelungshemmung mit Muskelatrophie eines Gliedes nach rein peripherischen Traumen wenig bekannt, aber nach Kl. gar nicht so selten. Die Atrophie kommt wohl reflektorisch zu Stande: Reiz der Traumen auf die Vorderhornganglienzellen. Beim Erwachsenen kommt auf dieselbe Weise nur Atrophie, beim Kinde diese und geringeres Wachsthum des ganzen Gliedes zu Stande. Bruns (Hannover).

396. **Beobachtungen von Dystrophia muscularis progressiva.**

1) *Ein Fall von juveniler Muskelatrophie;* von Dr. Arnold. Mit 5 Zinkographien. (Württemb. Corr.-Bl. LXIII. 5. 1893.)

(Einfache Mittheilung eines Falles juveniler Muskelatrophie mit wenig Hypertrophie; gute Abbildungen.)

2) *Un cas de scoliose dans une myopathie primitive atrophique;* par le Dr. Sacaze. (Arch. de Neurol. XXV. 75. p. 356. 1893.)

(Muskelatrophie durch 3 Generationen. Im vorliegenden Falle Typus Leyden-Möbius. Keine Hypertrophie: Es bestand eine Skoliose, die der Vf. nicht allein auf die Muskelschwäche, sondern auch auf trophische

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Störungen der Wirbelkörper beziehen will. Skoliose ist auch sonst bei progressiver Muskelatrophie beobachtet.)

3) *Tre casi di distrofia muscolare progressiva (tipo familiare);* pei Crisafulli e Luzzato. (Gaz. degl. Ospit. XIV. 24. p. 244. 1893.)

(3 Fälle von Pseudohypertrophie bei 3 Brüdern. In einem Falle Insufficienz der Mm. recti interni.)

4) *A case of pseudohypertrophic muscular paralysis in an early stage;* by Gge. A. Pirie. (Brit. med. Journ. Febr. 20. 1892. p. 384.)

(Fall von Pseudohypertrophie mit ausgesprochener Hypertrophie der Erectores trunci.)

5) *Contributo allo studio della forme giovanile dell' atrofia muscolare progressiva;* per Sirtori. (Arch. ital. di Clin. med. XXXI. 4. p. 513. 1892.)

(Fall von juveniler progressiver Muskelatrophie, der nichts Neues bietet. Es soll Entartungsreaktion bestanden haben, doch wird nur von Ueberwiegen der AnSZ über die KSZ berichtet.)

6) *Dystrophia muscularis progressiva met ontaardings-reactie;* door Dr. E. Wiersma. (Weekbl. van het Nederl. Tjdschr. voor Geneesk. Nov. 26. 1892. Nr. 22. p. 808.)

7) *Deux cas de myopathie progressive du type Landouzy-Dejerine. Avec pseudo-hypertrophie de certains muscles;* par G. Guinon. (Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière VI. 1. p. 8. 1893.)

8) *Simple idiopathic muscular atrophy beginning in the flexors of the hips: Buzzard's Form;* by Howell T. Pershing. (Amer. Journ. of med. sc. CVI. 1. p. 59. July 1893.)

9) *Ein Fall von combinirter Muskelatrophie mit eigenthümlicher Aetiologie;* von Homén. (Neurol. Centr.-Bl. XII. 6. p. 698. 1893.)

10) *Syringomyelie? — oder Dystrophia muscularis und Hysterie;* von W. Erb. (Neurol. Centr.-Bl. XII. 6. 1893.)

11) *Ein Beitrag zur Lehre von der Dystrophia muscularis progressiva;* von Dr. E. Münzer. (Ztschr. f. klin. Med. XXII. 6. p. 564. 1893.)

12) *Sur un cas de myopathie primitive progressive du type Landouzy-Dejerine avec autopsie;* par Blocq et Marinesco. (Arch. de Neurol. XXV. p. 205. 1893.)

13) *Clinical lecture on the inhibitive functions of glandular secretions on some chronic diseases. Pseudohypertrophic paralysis, Lymphadenoma;* by Charles Macalister. (Brit. med. Journ. April 8. 1893. p. 729.)

(M. will eine bedeutende Besserung eines pseudohypertrophischen Muskelschwundes durch Einführung von Thymusdrüsen erreicht haben. Abnahme der Hypertrophie, Zunahme der Kräfte. Er bringt das Alter, in dem die progressive Dystrophie meist beginnt, und das, in dem die Thymusdrüse aktiv ist, in Verbindung miteinander.)

14) *Ein Fall von Dystrophia muscularis progressiva;* von Dr. Koch. (Charité-Annalen XVII. p. 311. 1892.)

(Fall von juveniler Atrophie mit Betheiligung des Gesichtes.)

15) *Di un raro caso di pseudoipertrofia muscolare in un adulto con contributo alla sua patogenesi;* per Ranieri. (Rif. med. IX. 275. 276. 1893.)

(Die Zugehörigkeit des Falles zur Pseudohypertrophie ist recht zweifelhaft. Es handelt sich um eine Hypertrophie der Beugemuskulatur am rechten Ober- und Unterarm. Beginn mit circa 40 Jahren. Die Lokalisation, die Einseitigkeit und der späte Beginn sind R. selber auffällig. Der Pat. litt ausserdem an Pigmentatrophien und Hypertrophien der Haut, sowie an vasomotorischen Störungen des rechten Armes. Beides will R. als Beweis für die neurotische Natur der Myopathien verwenden.)

Wiersma (6) bringt einen Fall der hereditären oder pseudohypertrophischen Form, in dem sich ausgeprägt träge Zuckungen bei galvanischer Prüfung in den Deltoidei, im Supinator longus und im Quadriceps fanden. Er führt auch die anderen Fälle aus der Literatur an, in denen sich derselbe Befund ergab, und wendet sich mit Recht gegen die Autoren, die schon ein Ueberwiegen der AnSZ über die KSZ für Entartungsreaktion ansehen.

Guinon (7) berichtet über 24 Fälle des Typus facioscapulohumeralis (Landouzy-Dejerine), in denen sich Pseudohypertrophie des Deltoideus, der Wade, der Lippen in einem Falle, des Deltamuskels und eines Quadriceps im anderen Falle fanden. Landouzy-Dejerine hatten das Vorkommen von Hypertrophie in diesen Fällen geläugnet; ihr Vorkommen beweist aber, dass auch diese Form nur unsicher von den anderen abgegrenzt ist. Aehnliche Fälle von Westphal, Langdon Down und Buss hat Erb schon zusammengestellt.

Pershing (8) berichtet über einen Fall von progressiver Muskelatrophie mit Beginn in den beiden Musculi ileopsoas. Erst später nahmen auch die Flexores cruris, und der Tibialis anticus und Extensor digitorum communis Theil. Solche Fälle hat Buzzard zuerst beschrieben und davor gewarnt, sie für Hysterie zu halten. Im Falle P.'s fand sich eine ausgebreitete Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit der Muskeln ohne Entartungsreaktion. Die Sehnenreflexe fehlten.

Der Fall Homén's (9) ist sehr eigenthümlich. Zuerst Drucklähmung im rechten Radialis, im Anschluss daran, wohl durch aufsteigende Neuritis, Muskelatrophie der Finger und Hände: spinaler Typus, später auch solche der Schulter- und Brustmuskeln in Form der sogenannten juvenilen Atrophie. Aber auch in den letztgenannten Muskeln zum Theil träge Zuckungen. Histologisch ebenfalls nur geringe Unterschiede zwischen den Muskeln beider Gebiete. H. glaubt, dass die progressive Dystrophie durch funktionelle Reizung der entsprechenden Ganglienzellen hervorgerufen sei, und dass diess bedingt sei durch die anatomische Läsion derjenigen Ganglienzellen, von deren Erkrankung die spinale Muskelatrophie abhänge. Der ganze Fall spreche für die Ansicht Erb's von der funktionellen Läsion des Markes auch in den Fällen von Dystrophie.

Der Fall Erb's (10) ist sehr interessant. Es handelt sich um eine Combination von juveniler Dystrophie mit posttraumatischer Hysterie. Die Diagnose hatte eine Zeit lang geschwankt, es war auch an Syringomyelie gedacht worden. Doch wurde dies bei der Art des Verhaltens der atrophischen Muskeln (keine fibrillären Zuckungen, keine Entartungsreaktion, Hypertrophie) ausgeschlossen, obwohl eine halbseitige dissociirte Anästhesie bestand und auch leichte trophische Störungen an den Händen sich fanden. Letzteres kommt auch bei Dystrophie vor und die dissociirte Empfindungslähmung (hier war Tast- und Temperaturempfindung erhalten, das Schmerzgefühl herabgesetzt) ist für Syringomyelie keineswegs pathognomonisch. Ferner bestand auch einseitige Anosmie und die halbseitige Anästhesie mit Betheiligung des Trigeminusgebietes ohne Affektion anderer Hirnnerven wäre jedenfalls für Syringomyelie sehr auffällig gewesen. Die Diagnose Hysterie und Dystrophie wurde gesichert durch das rasche Verschwinden der Anästhesie in Folge einer elektrischen Behandlung.

Münzer (11) hat bei einem Kr. mit Dystrophie, den auch Erb schon früher untersucht hat, Muskelfasern aus dem hypertrophischen Deltoideus und dem atrophischen Biceps untersucht. In dem hypertrophischen Muskel fand man Volumenzunahme, mässige Kernvermehrung, Abrundung der Fasern, erhaltene Querstreifung, im atrophischen: sehr wechselnd dicke Fasern, starke Vermehrung des Bindegewebes, Muskelzellschläuche und als besonders wichtig Verfettung, die Erb niemals beobachtet hat. Es war Marchi's Methode angewandt worden.

Blocq und Marinesco (11) haben in einem Falle von Dystrophie des infantilen Typus das Nervensystem ganz intakt gefunden, auch die Muskelnerven und die neuromuskulären Stämmchen. Im Muskel fanden sie Vermehrung des Bindegewebes, des Fettgewebes, hyper-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

trophische Fasern mit schlecht, atrophische mit gut erhaltener Querstreifung. Die theoretischen Erwägungen Bl.'s und M.'s über die Dystrophie müssen im Original nachgelesen werden. Die Ansicht Erb's über die funktionelle Erkrankung der Vorderhornganglien auch in diesen Fällen bestreiten sie. Bruns (Hannover).

397. **Ueber neuromuskuläre Erkrankungen bei Polyarthritis rheumatica**; von Dr. M. Kahane. (Centr.-Bl. f. klin. Med. XIII. 49. 1892.)

K. kommt nach einer kritischen Besprechung der verschiedenen für die Muskelatrophien nach Gelenkrheumatismus aufgestellten Theorien und nach kurzer Skizzirung eigener Fälle zu folgenden Schlüssen. Eine Betheiligung der Nerven und Muskeln am pathologischen Processe ist bei Polyarthritis rheumatica sehr häufig. Am häufigsten ist eine einfache Muskelatrophie ohne Störung der Sensibilität, Reflexerregbarkeit [? Ref.] und ohne Entartungsreaktion. Die Stärke der Gelenk- und die der Muskelerkrankung sind einander nicht proportional, nicht selten sind weit vom Gelenk entfernte Muskeln mit ergriffen. Auch neuritische Processe kommen vor, besonders im Nervus peronaeus, dabei auch Hyperästhesien. In seltenen Fällen folgt auf den Gelenkrheumatismus eine schwere Erkrankung des centralen Nervensystemes. Eine alles umfassende Erklärung für die Zustände kann zur Zeit nicht gegeben werden. Die Inaktivität spielt eine Nebenrolle. Strümpell's Ansicht von der Myositis hat grosse Wahrscheinlichkeit für sich, wenn sie sich auch, da es sich nur um nicht tiefgreifende Processe handelt, anatomisch nicht beweisen lässt. Die Vulpian-Charcot'sche Theorie ist sehr ansprechend, aber sie ist trotz ihrer experimentellen Stütze hypothetischer als die anderen. Prognostisch sind die Fälle meist gutartig. Die Therapie muss eine mechanische und elektrische, nicht eine antirheumatische sein. Bruns (Hannover).

398. **Beitrag zur Lehre von der Polymyositis acuta (post partum)**; von Dr. Waetzoldt. (Ztschr. f. klin. Med. XXII. 6. p. 600. 1893.)

W. bringt zunächst 2 eigene Fälle. Der eine ist ein Fall multipler hämorrhagischer Myositis bei puerperaler Sepsis. Im zweiten bestand ebenfalls nach puerperaler Infektion das Bild einer in Anfällen sich ausbreitenden, verschiedene Muskelgruppen betheiligenden, akuten Poliomyositis mit Druckschmerzhaftigkeit der Muskeln, Steifigkeit, prallem subcutanen Oedem über den erkrankten Muskeln und z. Th. auch fleckigem Exanthem. Er entspricht damit allen für die Myositis acuta charakteristischen Symptomen. Es ist Genesung eingetreten.

W. geht dann auf allgemeine Auseinandersetzungen über. Aetiologisch hält er an einer Infektion fest; doch hält er angeborene oder erworbene Schwäche des Muskelsystems dabei für wichtig und als Gelegenheitsursachen Anstrengung und Erkältung. Die beiden letzteren Umstände kommen in W.'s 2. Falle und in einem Hepp's in Betracht, in beiden Fällen handelt es sich um epileptische (oder hysteroepileptische) Anfälle, in denen die Kranken längere Zeit am Boden lagen. Die anatomischen Befunde sind noch wenig charakteristisch, da der Muskel auf die verschiedensten Reize hin ganz ähnliche Bilder zeigt, es ist sogar noch fraglich, ob parenchymatöse oder interstitielle Processe die Hauptsache bilden. Symptomatologisch kommen die Schwellungen, die Druckschmerzhaftigkeit und besonders die krampfhaften Schmerzen bei allen Bewegungsversuchen, passiven und aktiven, in Betracht, doch kommt sowohl die Druckschmerzhaftigkeit, wie die Schwellung auch bei neuritischen Processen vor. Auch profuse Schweisse sind bei Neuritis häufig. Bei diesen Verhältnissen der Symptomatologie ist auch die Diagnose oft schwierig, sie muss sich mehr nach dem Verlaufe, als dem augenblicklichen Befunde richten. Die Abgrenzung ist gegen Trichinose und Neuritis zu machen. In ersterer Beziehung sind natürlich besonders anamnestische Umstände von Wichtigkeit, in zweiter spricht die vorwiegende Betheiligung der Stammmuskulatur besonders für Myositis. Die Prognose richtet sich besonders nach dem Freibleiben oder Befallenwerden lebenswichtiger Muskeln (Schling- und Athemmuskulatur). Therapeutisch seien Massage, hydropathische Einwickelungen und antirheumatische Mittel am Platze.

Bruns (Hannover).

399. **Zur Lehre von der primären akuten Polymyositis**; von Dr. B. Lewy. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 18. 19. 20. 1893.)

Die Beobachtungen von L. sind besonders deswegen interessant, weil 3 in einer Familie vorkamen. Es handelte sich um Tochter, Mutter und Vater. Die Tochter hatte das ausgeprägte Symptomenbild der Polymyositis mit sehr starken Haut- und Schleimhautaffektionen, bei der Mutter war es weniger charakteristisch, aber deutlich (hier hämorrhagische Nephritis). Der Vater bekam nur eine Purpura haemorrhagica. Der 4. Fall ist in seiner Zugehörigkeit wohl etwas zweifelhaft. L. giebt dann unter Zusammenstellung der bisher beschriebenen Fälle noch allgemeine Erörterungen, die nichts wesentlich Neues bieten. Bruns (Hannover).

400. **Ueber die Pathogenese der progressiven Muskelatrophie**; von Wladimir Roth in Moskau. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XIII. 1. p. 1. 1893.)

Die Dystrophia muscul. progressiva ist nach R.'s Anschauung eine primäre Muskelaffektion, nicht die Folge einer nervösen Erkrankung, oder eines interstitiellen Processes. Als Beweis führt R. an, dass die Form der Atrophie der einzelnen Fasern eine ganz specifische, *longitudinale* sei, indem die Verschmälerung der Fasern an den Enden beginne, so dass dort zuerst an die Stelle der Muskelfaser ein fibröser Faden trete; die Stelle der schwindenden Muskelfaser wird durch Bindegewebewucherung ausgefüllt. Dass die letztere ein sekundärer Vorgang sei, beweist die Beobachtung hypertrophischer oder normaler Muskelfasern mitten im fibrösen Reste des ehemaligen Bündels, ferner das Vorkommen einzelner verschmälerter Fasern ohne Wucherung des umgebenden Bindegewebes, auch der seltenere Befund ganzer Bündel atrophischer Muskelfasern ohne Wucherung des Bindegewebes; das Perimysium zwischen den sekundären Bündeln nimmt an der Wucherung keinen Antheil; Verziehungen oder Einschnürungen der Muskelfasern durch Bindegewebe finden sich nie; endlich gestatten auch weder die funktionelle Unverschrtheit der erhaltenen Muskelfasern, noch die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Fettgewebewucherung innerhalb des Bindegewebes auf einen vermehrten, durch die Bindegewebewucherung geschaffenen Druck zu schliessen. Eben so wenig kann, wegen der Vertheilung der erkrankten Fasern, an eine primäre Störung innerhalb des Gefässsystems gedacht werden. Gegen die neurotische Genese der Muskelatrophie spricht das Vorkommen einzelner degenerirter Fasern unter lauter normalen oder einzelner normaler in einem sonst ganz degenerirten Bündel, ferner die eigenthümliche Atrophie der Faserendigungen.

Die Ursache der Erkrankung ist die ererbte Neigung bestimmter Muskelbündel zur Degeneration; diese Eigenthümlichkeit ist schon im Karyoplasma der Keimzelle ausgeprägt und lokalisirt sich dann weiterhin in bestimmten Muskelgruppen, wobei der Beginn der Querstreifung in dem betr. Muskel eben so gleichgiltig ist, wie die Unterscheidung, ob sich die Muskeln aus den Muskelplatten entwickeln oder nicht.

R. deutet an, dass diese Vererbung einer longitudinalen Atrophie mit sehniger Umwandlung der Faserenden vielleicht bei manchen phylogenetischen Umwandlungen bestimmter Muskelgebiete in Sehnen und Bänder von Bedeutung sein könne.

Beneke (Braunschweig).

401. **Ueber Poliomyelitis**; von Dr. A. Goldscheider. (Ztschr. f. klin. Med. XXIII. 5 u. 6. p. 494. 1893.)

G. giebt zunächst eine genaue Uebersicht über die bis jetzt unter dem Namen der spinalen Kinderlähmung veröffentlichten Fälle und erwähnt dabei zugleich auch die Schlussfolgerungen, die die Autoren gezogen haben. Daraus ergiebt sich, dass die Ansichten darüber, ob es sich um eine primäre Erkrankung der Vorderhornganglienzellen handelt, oder nur um ihre sekundäre Betheiligung am Process, noch getheilt sind.

Daran schliesst G. seine eigene Beobachtung. Es handelte sich um ein $2^1/_2$jähr. Kind, das innerhalb 12 Tagen an Paraplegia inferior erkrankt und gestorben war. Die stärksten Veränderungen wies der Lendentheil des Rückenmarks auf. Schon der frische Querschnitt zeigte, den Vorderhörnern entsprechend, eine diffuse, tiefrothe Färbung. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten die Gefässe der Vorderfläche eine ungemein starke Füllung, auch der perivaskuläre Raum war mit Rundzellen vollgestopft, die kleineren Aestchen erschienen mit Rundzellen bedeckt. Als Hauptherd dieser Veränderungen erwies sich das Vorderhorn; jedoch auch in den Vorderseitensträngen und Hintersträngen fand man zum Theil recht bedeutende Herde. Abgesehen von den Wällen von Rundzellen um die Gefässe herum, lagen Rundzellen durch das ganze Gebiet, so dass Hämatoxylinpräparate bei schwacher Vergrösserung wie mit blauen Punkten übersät erschienen. Da die Zellen ausschliesslich einkernige waren, so schien es sich um proliferirte fixe Gewebeelemente zu handeln, nicht um ausgewanderte Leukocyten, unter denen doch wohl alternde, polynukleäre sich gefunden haben würden. Die Ganglienzellen waren zum Theil blass und gequollen, zum Theil geschrumpft, übrigens an Zahl vermindert, manchmal auch von Rundzellen umlagert. Viele Nervenfasern waren untergegangen, viele feine aber doch auch noch erhalten. Diese Veränderungen erstreckten sich nun in geringerem Maasse bis herab zum Conus medullaris, wo sowohl an der vorderen, als auch an der hinteren Peripherie sich zellige Infiltration vorfand. Auch nach oben zu bestanden leichtere Veränderungen bis zum Halsmarke.

Hiernach würden allerdings bei der Poliomyelitis die Gefässveränderungen im Vordergrunde stehen. Die Erkrankung geht von den Gefässen aus und die Entzündung tödtet die nervösen Elemente in grösserer oder geringerer Ausdehnung. Dafür, dass nicht von den primär erkrankten Ganglienzellen der Process in das Gewebe sich fortsetzt und die Gefässe ergreift, spricht schon der Umstand, dass sowohl im Sulcus anterior und der Pia grössere Gefässe, als auch solche in der weissen Substanz betroffen sind. Charcot und seine Anhänger hatten dagegen geltend gemacht, dass die Gefässveränderungen oft nicht dem Grade der Ganglienzellendegeneration entsprächen, dass neben degenerirten Zellen oft gesunde Gefässe lägen. Nun liegt es aber in der Gefässversorgung des Rückenmarks begründet, dass auf einem Querschnitte mehrere Gefässgebiete getroffen werden. Es können in der Nähe erkrankter Gefässe Ganglienzellen liegen, die einem anderen, gesunden Gefässgebiete zugetheilt sind, und umgekehrt. G. geht des Näheren auf die besondere, von Kadyi geschilderte Blutversorgung des Rückenmarks ein. Das Wesentlichste dieser Untersuchungen ist, dass weisse und graue Substanz nicht als von einander unabhängige Gefässgebiete behandelt werden können; ausschliesslich von Centralarterien versorgt werden nur die inneren Theile der grauen Säulen, ausschliesslich von peripherischen Arterien die oberflächlichen Lagen der weissen Substanz. Alles Uebrige ist gemeinschaftliches Gebiet peripherischer und centraler Arterien. Die Centralarterien steigen nach ihrem Eintritt vertikal in die Höhe und gabeln sich besenförmig auf in beinahe parallele Zweige; sie haben dadurch ein schmales, aber relativ hohes Verbreitungsgebiet. Dementsprechend verhalten sich auch die Herde bei Poliomyelitis. Sie entsprechen der Arterienvertheilung und haben eine längliche Form bei vertikaler Stellung. Deshalb ist auch zum Theil weisse Substanz mit ergriffen; deshalb ist auch in einem Querschnitte dieser, im nächst höheren vielleicht ein anderer Theil des Vorderhorns befallen. Jedenfalls richtet sich die Erkrankung nicht nach bestimmten Ganglienzellengruppen. Deshalb bleiben so oft auch die Hinterhörner nicht verschont, da ja die Centralarterie an der Grenze von Vorder- und Hinterhorn sich verästelt. G. weist ähnliche Verhältnisse auch aus der Literatur nach.

Daran anschliessend berichtet G. über einen alten Fall von Kinderlähmung, die im 2. Lebensjahre eingetreten war. Der Kr. war im 21. J. gestorben. Es handelte sich um eine ausgebreitete Muskelatrophie am rechten Beine.

Die Hauptveränderungen fand man im rechten Vorderhorn der Lendenanschwellung, jedoch waren auch die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Vorderseitenstränge nicht frei. Die Herde zeigten verschiedene Grade der Entzündung und Degeneration. Die Ganglienzellen waren zum Theil degenerirt, zum Theil erhalten. Ein grösserer Haufe war durch die interstitiellen Veränderungen abgeschnürt. Eine genauere Untersuchung, die zum Gegenstand einer besonderen Abhandlung gemacht wurde, ergab auch hier, dass die Herde Gefässgebieten und nicht Zellengruppen entsprachen. In der Nackenschwellung fanden sich auch interstitielle Veränderungen ohne Ganglienzellendegeneration und ohne dass im Leben Funktionstörung bestanden hatte.

Auch dieser Fall spricht gegen die primäre Erkrankung der Ganglienzellen, wenigstens, wie allerdings zu betonen ist, *in der akuten Form.*

G. geht auf eine weitere Reihe von Krankheitsbildern ein, die zu der Kinderlähmung in naher Beziehung stehen, und zwar zunächst auf die akute und subakute, bez. chronische Poliomyelitis anterior der Erwachsenen. Er stellt die ihm aus der Literatur zugänglichen Fälle zusammen. Nach dieser Zusammenstellung ist die akute Poliomyelitis der Erwachsenen der der Kinder wohl vollkommen an die Seite zu setzen, während in den subakuten, bez. chronischen Fällen meistentheils in der That eine primäre Schädigung der Ganglienzellen vorzuliegen scheint. Es wäre also möglich, dass ausser der vaskulären akuten Poliomyelitis noch eine mehr chronische, von den Ganglienzellen ausgehende Form existirt, wie dies auch Leyden schon früher ausgesprochen hat. Freilich ist auch in alten Fällen der Kinderlähmung die Betheiligung der Gefässe oft schwer nachzuweisen. Auch bei der sogen. centralen Myelitis spielen vaskuläre entzündliche Processe eine grosse Rolle. Das Gleiche gilt von der disseminirten Myelitis, von den disseminirten Erkrankungen des Centralnervensystems überhaupt, wie sie besonders nach Infektionskrankheiten, vor Allem bei Lyssa auftreten. Auch hierfür bringt G. eine grosse Anzahl Beispiele aus der Literatur bei. Ueber die Bedeutung der Gefässerkrankungen bei der sogen. multiplen Sklerose sind die Meinungen auch in neuester Zeit noch sehr getheilt.

Wovon nun, um auf die Kinderlähmung zurückzukommen, das Befallensein gerade eines bestimmten Gefässsystems abhängig ist, ist eine noch offene Frage. Druckverhältnisse, Art der Gewebespannung, chemische Besonderheiten kommen vielleicht in Betracht. E. Hüfler (Chemnitz).

402. **Bericht über die Schnittserienuntersuchung eines Falles von spinaler Kinderlähmung.** Als Anhang zu der vorstehenden Abhandlung von Dr. A. Goldscheider über Poliomyelitis; von Dr. Oscar Kohnstamm. (Ztschr. f. klin. Med. XXIII. 5 u. 6. p. 556. 1893.)

Wie schon aus dem vorigen Referat ersichtlich, wurde der Nachweis der Abhängigkeit der poliomyelitischen Herde von der Vertheilung gewisser Gefässbezirke im Rückenmarke durch mehrere Schnittserien geliefert, durch je eine aus dem Lumbal-, Dorsal- und Cervikalmarke. In allen konnten um Gefässäste herum entwickelte Herde nachgewiesen werden. Von Interesse war besonders einer an der Grenze von Vorder- und Hinterhorn im Cervikalmarke, in einer Gegend, wo gar keine motorische Zellengruppe sich findet, wohl aber die Centralarterie sich verbreitet. Dabei waren oft bei schweren Gewebeveränderungen Ganglienzellen wohl erhalten. Jedenfalls spricht auch diese Untersuchung für die vaskuläre Natur dieser Fälle von Poliomyelitis. E. Hüfler (Chemnitz).

403. **Ueber Syringomyelie**; von Dr. Asmus. (Bibl. med. C. 1. 1893.)

Bei einer seit langer Zeit sehr hysterischen Pat., die auf der rechten Seite vollkommene Anästhesie darbot, entstanden in Zwischenräumen, die von den Menses nicht ganz unabhängig zu sein schienen, Eruptionen von Blasen und Pusteln, ferner Erytheme. Am rechten Arme verminderte rohe Kraft. Im weiteren Verlaufe Psychose, Tod.

Die *Sektion* ergab eine im Halsmarke beginnende, bis in das untere Dorsalmark reichende Degeneration der grauen Commissur und eine in der Hauptsache das rechte, zum Theil aber auch das linke Hinterhorn treffende Zerstörung.

A. schreibt dieser Zerstörung die trophischen Krankheitsymptome zu, während die rechtseitige Anästhesie nur auf die Hysterie bezogen werden kann.

Der Arbeit sind sehr gute Abbildungen der mikroskopischen Befunde beigegeben, ferner ein sehr guter makroskopischer Längsschnitt durch das erkrankte Rückenmark.

Windscheid (Leipzig).

404. **Ein Fall von Syringomyelie**; von Dr. D. Goldschmid. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 26. 1893.)

Eine 58jähr. Pat. hatte vor $1^1/_2$ Jahren Schmerzen in der rechten Schulter und dann plötzlich eine Lähmung des ganzen rechten Arms mit Parästhesien bekommen. An der linken Hand entstanden zahlreiche Blasen.

G. fand die rechte Lidspalte verengt, die rechte Pupille kleiner als die linke, beide auf Licht gut reagirend, Conjunctiva- und Cornealreflex beiderseits herabgesetzt, Atrophie der Muskeln am rechten Schultergürtel, am rechten Ober- und Unterarm, sowie der rechten kleinen Handmuskeln, mit fibrillären Zuckungen, ohne Entartungsreaktion, Krallenhand, Flexionscontraktur am Ellenbogen. An der linken Thoraxhälfte, und zwar vorn von der Clavicula bis unterhalb des Rippenbogens in Nabelhöhe, hinten von der Spina scapulae bis zum Rippenbogen, bestand Störung des Temperatur- und Schmerzsinnes bei erhaltenem Berührungsgefühl. An der ganzen Haut sehr gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit. Die Störungen der Sensibilität sowohl, als auch die Beweglichkeit des erkrankten Arms waren im weiteren Verlaufe der Krankheit sehr grossen Schwankungen unterworfen. Mehrere Male wurde eine gesteigerte Schweisssekretion der linken Gesichtshälfte beobachtet.

G. begründet ausführlich die Diagnose seines Falles als Syringomyelie, die auch ohne Sektionsbefund hinreichend gesichert sein dürfte.

Windscheid (Leipzig).

405. **On arsenical paralysis**; by S. E. Henschen. (Presented to the Royal Soc. of Sc. of Upsala, Sept. 30. 1893.)

Eine 49jähr. epileptische Frau nahm von einem weissen Pulver, das offenbar Arsenik enthielt, ihr aber als Heilmittel bezeichnet worden war, einen Theelöffel voll. Nach 4 Std. traten Uebelkeit, Erbrechen, Brennen im Halse ein, am folgenden Tage blutige Stuhlentleerungen und stechende Schmerzen in Händen und Füssen. Nun

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

entwickelte sich das typische Bild der Arsenik-Neuritis: Parese, Schmerzen, Parästhesien, Anästhesie der Hände und Füsse. Vf. fand nach 3 Monaten: trockene Haut mit dunkeln Flecken an den Beinen, starke Hypästhesie der Hände und Vorderarme, der Füsse und Unterschenkel, geringe Parese der Hände, vollständige Lähmung der Füsse und Unterschenkel mit mässiger Contraktur, Aufhebung der elektrischen Erregbarkeit. 6 Monate nach der Vergiftung starb die Kr., woran, ist eigentlich nicht gesagt, es wird nur bemerkt, dass Durchfall und in den letzten Tagen Hyperästhesie der Glieder bestand, die Kr. unter sich gehen liess und Sprech- wie Schluckbeschwerden hatte.

Bei der *Sektion* fand man Hyperämie der Hirnhäute und des Gehirns, Füllung der Ventrikel mit Serum, Weichheit des Rückenmarks, Verwischung der Querschnittzeichnung. Bei mikroskopischer Untersuchung fand man Degeneration der Goll'schen Stränge, Verkümmerung und Verminderung der Zahl der Vorderhornzellen, eine kleine Blutung im linken Vorderhorn des Lendenmarks. Die peripherischen Nerven und die Muskeln konnten nicht untersucht werden. Bei Untersuchung der spinalen Nerven unterhalb der Ganglien sah man neben normalen entartete Bündel. Möbius.

406. **Ueber Drucklähmungen im Gebiete des Plexus brachialis**; von Prof. H. Braun. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 3. 1894.)

B. macht auf die „Narkoselähmungen" aufmerksam. Sie entstehen gewöhnlich dadurch, dass bei langdauernden Operationen die Arme von einem Assistenten kräftig nach oben gezogen werden. Theils wird der Plexus durch die Clavicula an die Wirbelsäule gedrückt (einen Fall schwerer Lähmung beider Arme theilt B. ausführlich mit), theils handelt es sich nach B. darum, dass der Humeruskopf die Nerven in der Achselhöhle drückt, wie er auf diese Weise auch die Achselarterie comprimirt. Der 2. Modus sei bei Narkoselähmungen, die auf einzelne Nervengebiete beschränkt sind, der wahrscheinlichste und sei auch bei manchen sogen. Schlaflähmungen anzunehmen.

Sodann betont B., dass bei Esmarch's Verfahren nicht nur durch den Gummischlauch, sondern auch durch die elastische Binde am Oberarm Lähmungen der Hand bewirkt werden können, besonders bei Kindern und bei Leuten mit schwachen Muskeln. Er theilt 4 solche Beobachtungen mit.

Möbius.

407. **Mittheilung eines Falles von isolirter peripherischer Lähmung des N. suprascapularis dexter**; von Prof. M. Bernhardt. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 2. 1894.)

Bei einem bis dahin gesunden 28jähr. Manne war unter Schmerzen eine Bewegungstörung im rechten Schultergelenk eingetreten. Supra- und Infraspinatus waren atrophisch. Der Kr. konnte den Arm leicht bis zur Wagerechten, aber nur mit einem Rucke weiter heben. Offenbar war der Humeruskopf nicht mehr durch den Supraspinatus genügend in der Gelenkgrube festgehalten und wurde beim Heben subluxirt. Ausserdem hinderte den Kr., einen Seemann, die Infraspinatuslähmung beim Segeltuchnähen.

B.'s Beobachtung bestätigt also vortrefflich die Angaben Duchenne's über die Thätigkeit der vom N. suprascapul. versorgten Muskeln. Möbius.

408. **Ueber Tetanie bei Gastrektasie und die Erhöhung der mechanischen Erregbarkeit der Nerven**; von Dr. Heim. (Inaug.-Diss. Bonn 1893.)

H. weist zunächst darauf hin, dass die bei Magenektasie auftretende Tetanie sich regelmässig durch ihren schweren, meist mit dem Tode endenden Verlauf auszeichne. Die Krämpfe beschränken sich in diesen Fällen nicht auf die Glieder, sondern gehen auch auf das Gesicht über, ausserdem findet man regelmässig heftigste Schmerzen und Trübung des Bewusstseins. Alle anderen Symptome der Tetanie finden sich ausgeprägt. In Beziehung auf die Entstehung der Tetanie nach Magenerweiterung verwirft H. die von Müller u. A. aufgestellte Theorie, dass es sich hierbei um einen vom Magen ausgelösten Reflexvorgang handle, hält vielmehr die Tetanie für eine durch den veränderten Magenchemismus bewirkte Intoxikation.

Im 2. Theile seiner Arbeit sucht H. die Frage zu lösen, ob eine gesteigerte mechanische Erregbarkeit der peripherischen Nerven auch bei nicht an Tetanie leidenden Kranken vorkomme, und was für eine Bedeutung sie besitze, ferner welche Beziehungen vorhanden seien zwischen der Uebererregbarkeit und dem tetanischen Anfalle. Er untersuchte zu diesem Zwecke 30 magere Pat. (wegen der leichteren Reizbarkeit), darunter 4 mit Magenerweiterung, auf Uebererregbarkeit des N. facialis und mehrerer Gliedernerven. Es gelang ihm in keinem Falle, das Facialisphänomen zu erzeugen, nur von den 4 Kranken mit Magenerweiterung zeigten 3 eine leicht erhöhte Erregbarkeit des N. facialis und einzelner Gliedernerven, namentlich des N. peronaeus. Dasselbe Resultat erhielt er an 7 anderen Kranken, die sich alle durch grosse Magerkeit auszeichneten und an Lungentuberkulose, chronischem Magenkatarrh, Magengeschwür, Magenkrebs und Lungenemphysem litten. Bei allen diesen bestand eine abnorme Empfindlichkeit gegen das Beklopfen mit dem Perkussionshammer, also auch eine erhöhte mechanische Erregbarkeit der sensiblen Nerven. Die Untersuchung auf das Trousseau'sche Phänomen fiel bei allen Patienten negativ aus.

H. schliesst daraus, dass dem Vorhandensein einer leichten mechanischen Uebererregbarkeit bei Kranken mit Magenerweiterung keine wesentliche Bedeutung beigelegt werden und vor allen Dingen dieselbe nicht zur Diagnose einer vorhandenen latenten Tetanie verwendet werden dürfe. Die Frage nach dem Zusammenhange zwischen der mechanischen Uebererregbarkeit und den eigentlichen Tetanieanfällen lässt H. offen.

Windscheid (Leipzig).

409. **Ueber die Beziehung der Hysterie zur Tetanie**; von Dr. D. Nicolajevic. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 29. 1893.)

Ein 26jähr., früher vielfach krankes Mädchen litt seit 12 Jahren an Präcordialangst und Herzklopfen nach

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

heftigen Gemüthsbewegungen. Im Anschluss daran traten Parästhesien an den Fingern auf, es bestand Uebererregbarkeit des Facialis, der sensiblen und motorischen Nerven bei mechanischen Reizen, Compression des Oberarmes rief eine „Geburtshelferstellung" der Hand hervor. Dann erfolgten ein heftiger Laryngospasmus und schliesslich ein typischer Tetaniekrampf an Händen und Beinen. Nach diesem ca. 3 Minuten dauernden Anfalle blieb eine leichte Steigerung der Patellarreflexe zurück. Die Tetaniekrämpfe gingen in den einzelnen Anfällen oft in typische, schliesslich in Opisthotonus endende hysterische Beuge- und Streckkrämpfe über, sie wechselten mit diesen ab. In der anfallsfreien Zeit waren alle anderen Tetaniesymptome ganz verschwunden. Compression des Oberarmes rief niemals einen Anfall hervor. Es handelt sich hier jedenfalls um einen auf hysterischer Basis entstandenen Fall von Tetanie. Von der reinen Tetanie weicht das Bild in vielen Zügen ab, wie das N. auch ausführlich begründet.

Windscheid (Leipzig).

410. **Ueber Pharynxreflexe bei Normalen und Hysterischen**; Inaug.-Diss. von Aug. Engelhardt. (Bonn 1893.)

E. prüfte den Gaumen-Rachen-Reflex, indem er den weichen Gaumen und die hintere Rachenwand mit einem hölzernen Stift bestrich. Er fand bei 25% der Normalen (200) keinen Reflex, bei 10 Hysterischen aber war der Reflex immer auszulösen, wenn auch mitunter schwer. E. bezweifelt daher die diagnostische Verwerthbarkeit des Reflexes.

Möbius.

411. **Beitrag zur Aetiologie und Pathogenese des Delirium acutum**; vorläufige Mittheilung von Dr. Carlo Rasori. Aus dem Laboratorium für allgemeine Pathologie zu Bologna, Direktor Prof. G. Tizzoni. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 16. p. 509. 1893.)

R. hat im Irrenhause zu Bologna bei einer 45jähr. Frau eine psychische Erkrankung beobachtet, die ohne nachweisbare äussere Ursachen plötzlich begonnen hatte, sich in schnell zunehmender Erregung, lebhaftem motorischem Drange, Stimmungswechsel, wahrscheinlich Sinnestäuschungen, Verwirrtheit, Nahrungsverweigerung und in mangelhafter Reaktion und Differenz der Pupillen äusserte. Später kamen Opisthotonus, klonische Krämpfe der Gesichtsmuskeln, Schlingbeschwerden, Bewusstlosigkeit und Fieber dazu. Unter Athembeschwerden und Herzschwäche erfolgte am 14. Tage der Tod.

Bei der *Sektion* fand man „starke Congestion der Meningen und des Gehirns, zugleich Oedem und mehrere hämorrhagische Flecke unter den Meningen. Im rechten Temporosphenoideallappen war ausserdem die Rinde erweicht. In den Lungen wurde Emphysem, in den Unterlappen Hypostase und Oedem, links adhäsive Pleuritis, in den Unterleibsorganen Erscheinungen von Congestion constatirt". R., der aus den klinischen und anatomischen Symptomen „Delirium acutum" diagnosticirte, fand in der subduralen Flüssigkeit Bacillen, die er auf verschiedenen Nährböden züchtete und Kaninchen einimpfte. Die geimpften Kaninchen starben unter den Erscheinungen der Septikämie und hatten klinisch und anatomisch u. A. auch cerebrale Veränderungen gezeigt. R. beschreibt die morphologischen und biologischen Charaktere seiner Bacillen und die Eigenschaften seiner Culturen und verspricht eine genaue histologische Untersuchung der Organe seiner Versuchsthiere.

[Zwei gewichtige Einwendungen sind gegen diese vorläufige Mittheilung von vornherein zu erheben. *Erstens* gegen die Ueberschrift. Wie kommt Carlo Rasori in aller Welt dazu, zu behaupten, dass die gefundenen Bacillen etwas mit der Aetiologie des „Delirium acutum" zu thun hätten? Das Auffinden der Bacillen, sollten sie auch ihrer Natur nach nicht bekannt sein, beweist dafür gar nichts. Die Patientin hatte, wie aus dem höchst mageren Sektionsberichte hervorgeht, Erkrankungen der Lungen und des Darms, sie verweigerte längere Zeit die Nahrung und war Tage lang vor dem Tod in tiefer Bewusstlosigkeit. Sie war erst während der psychischen Krankheit fieberhaft geworden. Da sind allen möglichen Bacillen die Thore geöffnet. Ihre Anwesenheit unter der Dura der Verstorbenen ist durchaus kein Beweis dafür, dass sie mit der Aetiologie der psychischen Krankheit irgend etwas zu thun hatten. Und die beschriebenen klinischen und anatomischen Befunde an den geimpften Versuchsthierchen sind weder für das „Delirium acutum", noch für eine andere Psychose charakteristisch. *Zweitens* betrachtet man das, was früher Delirium acutum genannt wurde, in Deutschland wenigstens, längst nicht mehr als selbständige klinische Krankheitsform. Die früher so bezeichneten Krankheitsbilder haben sich beinahe alle als epileptische Zustände, als Fälle von Alkoholdelirium, von Collapsdelirium oder als deliriöse Aufregungzustände der Paralytiker entpuppt. Der vorliegende Fall kann, wenn es erlaubt ist, aus der in Form einer vorläufigen Mittheilung, daher wenig vollständig gegebenen Darstellung mit aller Reserve eine *Wahrscheinlichkeitsdiagnose* zu machen, recht gut als paralytisch aufzufassen sein. Dafür sprechen: das Fehlen einer eingreifenden, kurz vorhergegangenen, äusseren Schädlichkeit, die Pupillenstörungen, die Krampfzustände, das Lebensalter und der offenbar positive Sektionsbefund. Die Krampfzustände könnten recht gut als paralytischer Anfall aufgefasst werden. Dieser Anfall, Lungenstörungen, Nahrungsverweigerung, Herzschwäche und vielleicht die Bacilleninfektion verursachten den Tod.]

Georg Ilberg (Sonnenstein).

412. **Sur la folie à deux**; par de Boeck. (Journ. de Méd. etc. de Bruxelles LI. 49. 1893.)

Zwei Brüder lebten nach dem Tode ihrer Eltern von der Welt abgeschlossen eng mit einander. Sie gönnten sich kaum das nöthige Essen und arbeiteten (als Schneider) unablässig, bis in die Nacht hinein. Ein Verwandter rieth ihnen, ein junges Mädchen als Dienerin zu sich zu nehmen, um so mehr, als es hülfsbedürftig sei und von einem verschmähten Liebhaber mit Drohungen verfolgt werde. Sie lehnten ab. Bald danach wurde das Mädchen von dem Liebhaber ermordet und die Brüder bildeten sich nun ein, an dem Tode mitschuldig zu sein. Sie wagten nicht mehr auszugehen, erwarteten ängstlich ihre Verhaftung, wachten abwechselnd in der Nacht. Als eine Tante erkrankte und sie gerufen wurden, entschloss sich endlich der Jüngere, 33Jährige, zu folgen. Er kam, als die Tante starb, gerieth in einen Aufregungzustand und wurde in die Heilanstalt gebracht. Hier war er ganz verwirrt, hatte zahlreiche Sinnestäuschungen. Mit Besserung der Ernährung trat allmählich Genesung ein, der Kr. wurde klar, gab später auch seine Wahnvorstellungen auf und konnte als geheilt entlassen werden. Auch der ältere, 41jähr. Bruder, wurde in die Anstalt gebracht. Bei ihm trat keine Besserung ein, er hielt an seinem Wahne fest.

Möbius.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

V. Innere Medicin.

413. **Neuere Arbeiten über Physiologie und Pathologie des Magens und des Darms**; Zusammenstellung von Dr. G. Honigmann in Wiesbaden. (Schluss; vgl. Jahrbb. CCXLI. p. 156.)

Therapie.

65) *Die diätetische Behandlung der Magendarmerkrankungen, mit einem Anhang: die diätetische Küche;* von C. Wegele in Bad Königsborn. (Jena 1893. Gustav Fischer.)

66) *Dietetics in diseases of the stomach;* by Max Einhorn. (New York med. Record XLIII. 25. 1893.)

67) *Diätetik der Magenkrankheiten;* von M. Einhorn. (New Yorker med. Mon.-Schr. V. 7. 8. 1893.)

68) *Ueber die Ausschaltung der Ernährung durch den Magen bei Dilatatio ventriculi;* von A. Rössler. Aus der Schrötter'schen Klinik in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 40. 1893.)

69) *De l'action du carbonate de soude sur le chimisme stomacal;* par Gilbert. (Gaz. de Par. LXIV. 42. 1893.)

70) *Contribution à l'étude de l'action des alcalins sur la digestion gastrique chez l'homme;* par Linossier et Lemoine. (Arch. gén. de Méd. p. 655. Juin 1893.)

71) *Les alcalins dans le traitement de la dyspepsie;* par A. Mathieu. (Gaz. des Hôp. 16. 1893.)

72) *Einfluss von Säuren und Alkalien auf die Acidität des Magensaftes Gesunder;* von Du Mesnil. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 49. 1892.)

73) *Zur Behandlung des Soors in der Speiseröhre und im Magen;* von Aufrecht. (Therap. Monatsh. VII. 8. 1893.)

74) *Weitere Mittheilungen über Orexin, insbesondere die Orexinbase;* von Penzoldt. (Therap. Monatsh. VII. 5. 1893.)

75) *Étude (par le procédé de M. Winter) des modifications du suc gastrique chez les malades soumis à l'administration de l'extrait de Condurango ou de la teinture alcoolique de noix vomique;* par Konr. Wagner, Petersburg. (Arch. gén. de Méd. p. 129. Févr. 1892.)

76) *Papain bei Erkrankungen des Magens;* von G. Sittmann. Med. Klinik zu München. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 29. 1893.)

77) *Ueber die Behandlung von Magengeschwüren und einigen von diesen ausgehenden Reizerscheinungen;* von W. Fleiner. (Verhandl. d. XII. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1893. Bergmann. — Münchn. med. Wchnschr. XL. 18. 1893.)

78) *Zur Behandlung des chronischen Magengeschwürs;* von Stepp. (Therap. Monatsh. VII. 11. 1893.)

79) *Traitement de l'hyperchlorhydrie;* par Soupault. (Gaz. des Hôp. 63. 1893.)

80) *Le chlorate de soude dans le traitement du cancer de l'estomac;* par Brissaud. (Mercredi méd. Nr. 35. 1893.)

81) *Ueber die therapeutischen Erfolge mit der direkten Magenelektrisation;* von Einhorn. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 33—35. 1893.)

82) *Ueber die direkte Elektrisation des Magens;* von Einhorn. (Ztschr. f. klin. Med. XXIII. 3 u. 4. 1893.)

83) *Ein Fall von einem frei in die Bauchhöhle perforirten Magengeschwür, Laparotomie. Naht der Perforationsstelle. Heilung;* von H. Kriege. (Berl. klin. Wchnschr. XXIX. 49. 50. 1892.)

84) *Untersuchungen über das funktionelle Resultat von Operationen am Magen;* von C. Kaensche. Aus der Mikulicz'schen Klinik in Breslau. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 49. 1892.)

85) *Ueber das Verhalten der Magenfunktionen nach Resektion des carcinomatösen Pylorus;* von Th. Rosenheim. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 49. 1892.)

Die Magendiätetik hat Wegele (65) zum Gegenstand eines Büchleins gemacht, das unter Berücksichtigung alter und neuerer Erfahrungen eine ausführliche Besprechung über den Nährwerth wohl aller in Frage kommenden Nahrungsmittel, sowie Vorschriften für die diätetische Behandlung einer Anzahl akuter und chronischer fieberhafter Infektionskrankheiten und hauptsächlich aller Magen- und Darmleiden enthält. Trotz der gedrungenen Form ist kaum etwas übersehen. Der von der Gattin des Vfs. redigirte Anhang enthält die Recepte für die Zubereitung der fraglichen Speisen und Getränke. Das kleine Buch, das in Bezug auf Vollständigkeit ähnliche Schriften übertrifft, wird Laien und Aerzten gleich willkommen sein. Einhorn (66. 67) bringt in seinen Vorträgen nichts Neues. Sie enthalten die Grundzüge der Diätetik unter Hinblick auf unsere heutigen Anschauungen über Stoffwechsel und Ernährung und berichten im Wesentlichen über die Ergebnisse anderer Forscher, die E. seinerseits auch geprüft und bewährt gefunden hat.

Für die Ausschaltung der Ernährung durch den Magen nicht nur bei schweren akuten Leiden, sondern auch bei chronischen Dilatationen tritt Rössler (68) sehr lebhaft ein. In der Wiener III. medicin Klinik (Prof. Schrötter) wurde eine Anzahl Kranker mit Ektasien eine Zeit lang nur und später zum grössten Theil durch Mastdarmklysmata ernährt. Die Behandlung liess sich ganz gut durchführen, nur in sehr geringem Maasse zeigten sich Reizerscheinungen am Mastdarm, die aber leicht bekämpft wurden. Der Magen besserte sich zusehends, die Erweiterung wurde geringer und die eingeführten Speisen wurden in leidlicher und später in ganz normaler Zeit bewältigt. Das Körpergewicht hob sich bei allen Kr. beträchtlich. Die Klysmata bestanden aus 250 g Milch, 2 Eiern, 50 g Wein und etwas Salz. Nach vorherigem Reinigungsklystir wurden sie durch ein weiches Darmrohr hoch eingeführt. Auch der Stuhlgang regelte sich ganz gut danach. Zur Bekämpfung des Durstes wurden die Einläufe wasserreich gemacht und Eispillen geschluckt; der Hunger wurde durch Cocain gemildert (vgl. Schlesinger [2]).

Die Wirkung der *Alkalien auf die Magenthätigkeit* ist besonders von einigen Franzosen studirt worden. Gilbert (69) hat an Fistelhunden den Einfluss der Wässer von Vichy und St. Yorre, sowie künstlicher Lösungen von doppeltkohlensaurem Natron auf die Sekretion geprüft. Leider sind seine Resultate durch die Anwendung des Hayem'-Winter'schen Verfahrens etwas verdunkelt (er findet z. B. in einigen Analysen, in welchen Salzsäure nur frei, wenn auch in geringen Portionen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

(0.04%) und gar keine combinirte HCl vorhanden war, *alkalische* Reaktion, eine schärfere Verurtheilung des H.-W'schen Verfahrens kann es wohl kaum geben), ausserdem berücksichtigt er nie das Verhalten des Chemismus vor der Einführung der Alkalien, sondern vergleicht die Wirkung der letzteren nur mit dem Verhalten des Magens gegenüber der Einführung destillirten Wassers, das doch bekanntlich keineswegs indifferent für die Zellen ist. Er kommt zu dem Resultate, dass grosse Dosen doppeltkohlensauren Natrons, zugleich mit der Mahlzeit oder danach gegeben, eine Herabsetzung der Sekretion zur Folge haben, schwache Dosen eine geringere. Dagegen steigern kleine Gaben $^1/_2$ Stunde vor der Mahlzeit die Sekretion. Das doppeltkohlensaure Natron oder die alkalischen Mineralwässer sind daher bei Hyperpepsien mit oder nach der Mahlzeit zu geben, bei Hypopepsien vor derselben, was auch durch Hayem klinisch als richtig befunden worden sei. Linossier u. Lemoine (70) haben an dem schon oben (52) erwähnten Kranken gleichfalls die Wirkung der Alkalien studirt, und zwar in einwandfreier Weise. Sie gaben das doppeltkohlensaure Natron vor, nach und mit der Mahlzeit in Dosen, die von 0.5—10.0 schwankten, und zwar während einer Periode, in der durch weitere Untersuchungen festgestellt war, dass der Magen des Kr. sich in einem Zustande herabgesetzter Abscheidungskraft befand und freie Salzsäure nicht vorhanden war. Die erste Wirkung der Darreichung war in allen Versuchen eine Steigerung der Sekretion, welche immer das eingeführte Alkali zu neutralisiren vermochte; nie war alkalische Reaktion vorhanden, bei schwachen Dosen überdauerte die Sekretionssteigerung die Sättigung nicht lange, bei stärkeren verlängerte sich schon die Wirkung, bei ganz starken Dosen schien sie sich jedoch schnell zu erschöpfen. Am meisten trat die erregende Wirkung des Alkali zu Tage, wenn es 1 Stunde *vor* der Mahlzeit gegeben wurde, 0.5 g ist als schwache, 1.0 als mittlere, 5.0 als starke Gabe anzusehen. Nach dem Essen gereicht, wirken 2.0 schwach und erregen gar keine Sekretionsteigerung; anhaltender, mit einer Steigerung der Säuresekretion am Ende der Verdauung wirken 5.0; definitiv, d. h. so, dass gar keine HCl am Ende der Verdauung vorhanden ist, 10.0. Der kohlensaure Kalk verhält sich beinahe ebenso wie das Natron. Von besonderem Interesse war, dass nach Durchführung dieser Versuche, bei denen der Kr. 14 Tage lang täglich 0.5—10.0 g Alkali empfing, seine Verdauung im Gegensatz zum Verhalten vor Beginn der Versuche eine deutliche Steigerung erfahren hatte. Die therapeutische Anwendung wäre demnach, das Alkali in mittleren Dosen bei Hypopepsien als Excitans für die Sekretion, bei Hyperpepsien dagegen mit oder nach der Mahlzeit in schwachen Dosen zur Bekämpfung der Schmerzen, weil starke Dosen die Sekretion eher steigern.

Mathieu (71) bezieht sich auf die Untersuchungen Gilbert's (69), empfiehlt das Alkali hauptsächlich bei Hypopepsien mit atonischen Zuständen der Muskulatur, er hält die Darreichung alkalischer Wässer vor Tische für das Beste, weil sie den Schleim lösen, die Salzsäuresekretion steigern und durch ihre Wärme auf den Tonus der Muskulatur wirken. Nach der Mahlzeit giebt er dann kleine Portionen 4prom. HCl zur Erhaltung der tonisirenden Wirkung. Bei Hyperacidität und Hypersekretion räth er dagegen wegen des excitirenden Einflusses keine Alkalien an, sondern Spülung mit antiseptischen Lösungen. Ausser dem Natr. bicarb. sind noch Kalkwasser, Magnesia, phosphorsaure Ammoniakmagnesia zu versuchen. In Deutschland hat Du Mesnil (72) die Wirkung der Alkalien und Säuren zum Gegenstand von Untersuchungen gemacht. Der Salzsäurechemismus wurde durch ein Probefrühstück festgestellt und dann an jedem neuen Versuchstage Natr. bicarbonicum, Karlsbader Mühlbrunnen oder Salzsäure in verschiedenen Quantitäten dem Probefrühstück zugefügt. Die Salzsäure wurde nach Braun bestimmt, welche Methode allerdings die sauren Salze, besonders die beim Probefrühstück nicht zu vernachlässigenden Mengen saurer Phosphate zur HCl zurechnet. Sind schon dadurch die Versuche nicht ganz einwandsfrei, so ist es die ganze Anwendung derselben auch nicht, die Resultate sind daher nicht ohne Weiteres als beweiskräftig anzusehen. D. fand, dass Natr. bicarb. in kleinen Dosen die Salzsäuresekretion steigert, in grösseren herabsetzt, ebenso verhielt sich Mühlbrunnen, durch HCl-Zusatz in grossen Mengen lässt sich der Salzsäuregehalt des Magens steigern, durch geringe Mengen herabsetzen.

Von besonderen Heilmitteln gegen Magenleiden sei zunächst *Natrium biboracicum* genannt, welches von Aufrecht (73) gegen Soor bei Erwachsenen in 3proc. Lösung, 2stündl. einen Esslöffel, empfohlen wird. Ueber das *Orexin* macht Penzoldt (74) neue Mittheilungen, denen er eine Zusammenstellung der bisher von den verschiedenen Autoren mit diesem Mittel gemachten Erfahrungen voranstellt. Daraus geht hervor, dass es sich mindestens in der Hälfte der Fälle als brauchbar erwiesen hat und dass seine Wirkung in einer Anregung der Salzsäureproduktion und einer Steigerung der motorischen Thätigkeit beruht. Wegen des brennenden Geschmackes empfiehlt P. die *Orexinbase:* Orexinum basicum, das in feinster Pulverisirung sehr wasserlöslich ist. In 23 von 31 Fällen beobachtete er lebhafte Steigerung des Appetits bis zum ausgesprochenen Heisshunger. Als Nebenwirkung trat ein einziges Mal Erbrechen auf, andererseits erwies sich das Mittel gerade sehr günstig bei Hyperemesis gravidarum. Als Dosis giebt P. 0.3 einmal des Tages, am besten um 10 Uhr Morgens zu nehmen. Die Indikationen bilden im Allgemeinen die leichteren Anorexien

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

bei Anämie, Neurosen und geringfügigeren Dyspepsien, Cirkulations- und Respirationskrankheiten. Bei schweren Magenleiden, Herz- und Lungenerkrankungen ist der Erfolg unsicher, bei Geschwür und Superacidität des Magens ist das Mittel schädlich.

K. Wagner (75) hat die Wirkungsweise des wässerigen Macerationsextraktes der *Condurangorinde* und der alkoholischen *Tinct. nucis vomicae* geprüft, indem er sie zugleich mit der Mahlzeit und nach derselben gab. Der Magenchemismus wurde hierbei nach Hayem-Winter untersucht. *Condurango* verbesserte die Digestion nur gering, der Einfluss auf die Säureabscheidungsverhältnisse und auf die subjektiven Symptome bei Gastritiden war mehr als zweifelhaft, die Wirkung jedenfalls sehr schnell vorübergehend. Die *Tinct. nucis vomicae* hat augenscheinlich grösseren therapeutischen Werth, sie regt die Salzsäuresekretion nachweislich an, hat länger dauernde Wirkung und ist daher bei Hypopepsien zu empfehlen.

Sittmann (76) macht Mittheilungen über ein neues Mittel, das *Papain*. Dasselbe ist ein Pflanzenprodukt aus der tropischen Carica papaya und unterscheidet sich von dem bekannten *Papayotin* durch Gerinnungsart, Farbe, Geruch, Geschmack, Wirkung und Billigkeit (35—40 Pfennige das Gramm, Fabrikanten *Bohringer u. Reuss* in Canstatt). 0.1 g Papain verwandelt 10 g coagulirten Hühnereiweisses in eine milchige Flüssigkeit in alkalischer Lösung; in schwachsaurer Lösung wird das Eiweiss ganz klar aufgelöst. S. hat das Mittel zu 0.3—0.5 in Wasser, zu einem Brei aufgerührt, nach jeder Fleischmahlzeit nehmen lassen, und zwar bei akutem und chronischem Magenkatarrh, chronischer Dyspepsie, nach Ulcus und Carcinom. Ueberall wurden die durch den Druck der Ingesta veranlassten Schmerzen geringer. Durch die Ausspülung wurde bei Krebskranken, bei denen sonst das Fleisch unverändert herausbefördert wurde, ein gleichmässig flüssiger Brei entleert.

Fleiner (77) schlägt eine neue Methode oder vielmehr ein altes Mittel in neuem Gewande zur Bekämpfung der Magenschmerzen vor. Diese werden entweder hervorgerufen durch krampfhaften Verschluss der Ostien oder durch die Reizung der durch einen Substanzverlust freigelegten Nerven. Oft ist der Reiz auf die wunde Schleimhaut so stark, dass sich der Pylorus reflektorisch zusammenzieht und so ohne materielle Stenose des letzteren eine Dilatation zu Stande kommt. Man kommt daher in vielen Fällen mit der mechanisch diätetischen Behandlung nicht aus und der Zweck der Therapie wäre, die blossliegende wunde Stelle vor den Insulten der Ingesta und des Magensaftes zu schützen. Hierzu holt F. auf Kussmaul's Anregung das *salpetersaure Wismuth* hervor, welches in grossen Dosen genommen werden kann, ohne auf den Gesammtkörper zu wirken, so dass man eine rein mechanische Wirkung von ihm erwarten darf. Es wird in den leer gespülten Magen eine Aufschwemmung von 10—20 g Bismuthum subnitricum in 200 Wasser gegeben und der Kranke dann so gelegt, dass die Stelle, an der das Ulcus voraussichtlich sitzt, am tiefsten zu liegen kommt. Nach 5—10 Minuten hat sich das Wismuth völlig niedergeschlagen, das Wasser fliesst ganz klar ab. Die Wirkungen, die F. hierbei erzielte, waren sehr ermuthigend, der Magen wurde nicht nur schmerzfrei, auch die motorischen und sekretorischen Reizerscheinungen wurden milder, die Sekretion der Salzsäure beschränkt, auch bei Blutungen wirkte das Mittel gut. Die Indikation der Wismutheingiessung stellt F. so: 1) Bei allen autochthonen, sensiblen, motorischen, sekretorischen Reizerscheinungen, die durch Ausspülungen allein nicht genügend gemildert werden (alte Geschwüre, carcinomatöse Ulcerationen, hämorrhagische Erosionen). 2) Als specifisches Mittel bei Magen- und Darmgeschwüren. Er räth, die Ausspülungen anfangs alltäglich, später einen Tag um den andern zu machen, eventuell eintretende Verstopfung durch Oelklystire zu bekämpfen. Nach Magenblutungen, bei denen man die Magensonde vermeiden muss, kann man 10 g Wismuth, in warmem Wasser verrührt, trinken lassen. Contraindicirt ist das Wismuth bei Magenkrankheiten mit herabgesetzter HCl-Sekretion, ausgenommen ulcerirende Geschwülste und hämorrhagische Erosionen. Stepp (78) schlägt das *Chloroformwasser* zur Behandlung des chron. Magengeschwürs vor (Chloroform 1.0, eventuell Bismuthum subnitricum 3.0, Aq. destill. 150.0, stündlich 1—2 Esslöffel), mit dem er vorzügliche Erfolge gehabt haben will. Die Wirkung sei gährungswidrig, anregend und styptisch, daneben bekämpfe der frische Geschmack des Chloroforms den Brechreiz. Seine antiseptischen Eigenschaften verhindern die septischen Zersetzungen [?] im Magen, die das fahle Aussehen der Pat. verursachen, ferner rege es Granulationsbildungen des Geschwürs an und auf vorkommende Blutungen wirke es styptisch.

Die *Behandlung der Hypersekretion* war Gegenstand einer Debatte in der Société de thérapeutique zu Paris, nach dem sub 55 referirten Vortrage von Bovet. Huchard wandte sich gegen das von Dujardin-Beaumetz vorgeschlagene vegetarische Regime, das den Zustand nur verschlimmere. Er verordne Fleischdiät und Alkalien in grossen Dosen. Die von Dujardin u. Anderen empfohlene Antisepsis des Magens sei hier, wo die Salzsäure schon antifermentativ wirke, überflüssig. Bardet ist für antiseptische Ausspülungen und vegetabilische Diät, weil die Salzsäure doch im Darm wieder neutralisirt werde und das Fleisch Toxine bilde. Dujardin-Beaumetz bekämpft die Fleischdiät, weil sie die Salzsäuresekretion anrege, ebenso die Alkalien, die dasselbe thäten. Er ist daher für leicht verdauliche Vegetabiliendiät, mit der er die besten Erfolge gesehen hat,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Antiseptische Ausspülungen sind nur in geringer Ausdehnung zu machen, sind jedenfalls aber besser als alkalische. Bovet unterscheidet im Sinne Hayem-Winter'scher Anschauungen 1) eine „tardive" Hypersekretion mit Uebermaass von combinirten oder organischen Chlorverbindungen, 2) eine mit „falscher" Hyperacidität, hervorgerufen durch organische Säuren, und 3) eine mit freier HCl im Ueberschuss. Die Alkalien giebt er nur bei der letzteren Form; Fleischnahrung, und zwar rohes Fleisch, bei der ersten Form; sobald die Hyperchlorhydrie aber stärker wird, sind nur Vegetabilien gestattet, weil sie kürzere Zeit im Magen bleiben als Fleisch [??]. Brot, Wein und Kaffee seien bei jeder Dyspepsie zu verbieten.

Soupault (79) bespricht ausführlich die Klinik und Behandlung der Hyperchlorhydrie, die er in einfache Hyperchlorhydrie, continuirliche Hyperchlorhydrie und solche, die mit Magengeschwür verbunden ist, unterscheidet. Zu trennen davon sind die rein nervösen Formen der akuten Hyperchlorhydrie. Seine Ausführungen enthalten nichts Neues, sondern eine sehr vollständige Zusammenfassung aller therapeutischen Gesichtspunkte. Sie decken sich mit denen der deutschen Aerzte, auch er behandelt mit Alkalien, Fleischkost und Magenausspülungen.

Angeregt durch die Erfolge des chlorsauren Kalium bei Mundepitheliomen, hat Brissaud (80) Versuche mit dem besser löslichen chlorsauren Natrium bei *Krebskranken* gemacht und bei einer Gabe von 12—16 g geradezu verblüffende Erfolge gehabt. In 5 Fällen, in denen „jeder diagnostische Irrthum ausgeschlossen" war, genasen die Kranken, Hämatemesis und blutiger Stuhl verschwanden, ebenso die Kachexie und der Tumor [!]. Der Appetit kehrte zurück, das Körpergewicht nahm zu. Bei einer Frau, die durch 16 Wochen damit behandelt und „gebessert" worden war und bei der der Tod durch spätere Metastasen verschuldet war, ergab die Autopsie Krebs. Seit Benutzung dieser Methode hat B. keine Autopsie von genuinem Magenkrebs gesehen. B. theilte diese Beobachtungen in der Association française pour l'avancement des sciences mit, in der Debatte berichtete Lépine ebenfalls über günstige Wirkungen des chlors. Natrium.

Ueber die Erfolge der (endogastrischen) *Gastroelektrisation* verbreitet sich Einhorn (81. 82) in 2 Arbeiten. Er hat auch (allerdings etwas spärliche) „physiologische" Versuche über die Wirkung des galvanischen u. faradischen Stromes auf den Magen gemacht, aus denen er eine Steigerung der sekretorischen uud resorbirenden Thätigkeit des Magens entnehmen zu können glaubt. Bei den therapeutischen Versuchen erwies sich der faradische Strom als besonders nützlich in den meisten Fällen von Magendilatation und Enteroptose, atonischen Zuständen der Kardia und des Pylorus, sowie bei Gastritis chronica. Als „beinahe souveränes Mittel" wirkte der galvanische Strom bei hartnäckigen Gastralgien nervöser Natur oder auf Grund von Ulcus. Die Wirkung bezieht sich fast nur auf die subjektiven Beschwerden; der suggestiven Beeinflussung durch den Strom gedenkt E. nicht.

Die Frage nach der *operativen Behandlung des perforirten Magengeschwürs* erörtert Kriege (83) auf Grund eines sehr günstig verlaufenen Falles, den er den bisher veröffentlichten gegenüberstellt.

Ein 41jähr. Kr., der lange sichere Zeichen eines chronischen Magengeschwürs dargeboten hatte, bekam plötzlich Schmerzen, die auf Peritonitis hindeuteten, jedoch ohne sonstige sichere Zeichen. Erst 10 Stunden später traten deutliche Erscheinungen einer Perforationsperitonitis auf. Nach 17 Stunden wurde die Laparotomie unter sehr ungünstigen äusseren Bedingungen unternommen. Die Perforationsöffnung wurde sehr schwer gefunden, sie lag in der Nähe der Kardia. Nur sehr wenig Mageninhalt und wenig Verklebungen in der Bauchhöhle. Die Magenwände wurden vernäht, das Bauchfell geschlossen. Der gut genährte Kranke konnte 13 Tage nur durch das Rectum ernährt werden, die Reconvalescenz schritt gut fort, bis sich in der 5. Woche ein linkseitiges Empyem deutlich machte, nach dessen Operation Patient völlig wiederhergestellt wurde.

K. kommt zu dem Schlusse, dass bei sicherem Ulcus nach den ersten Zeichen der Perforativperitonitis sofort operirt werden müsse, da die Operation das einzige lebensrettende Verfahren sei. Operirt man frühzeitig, so ist die Prognose am besten, begünstigt wird sie noch, wenn der Magen wie im vorliegenden Falle möglichst leer ist.

Im Anschluss hieran sei noch zweier Arbeiten gedacht, welche über das *funktionelle Verhalten des Magens nach operativen Eingriffen* berichten. Kaensche (84) theilt das Ergebniss von 4 Fällen aus der Breslauer chirurgischen Klinik mit; 3 Carcinome, 1 Geschwür. Von den ersteren Kranken wurde bei 2 die Resektion des Pylorus, bei der dritten wegen bestehender Infiltration der Magenwand die Gastroenterostomie gemacht. Vor der Operation lagen bei allen dreien Allgemeinbefinden, Sekretion, Motilität des Magens in typischer Weise darnieder. Nach der Operation war in den beiden Fällen von Resektion keine Veränderung der Sekretion vorhanden, freie HCl fehlte nach wie vor, Milchsäure war ebenso vorhanden. Dagegen nahm nach Ablauf des 2. Monats die motorische Kraft des Magens erheblich zu, die Speisen blieben nicht länger als normal im Magen, die subjektiven Beschwerden, das Gefühl von Völle u. s. w. hörten völlig auf; das Körpergwicht nahm erheblich zu. Bei dem Kranken mit der Gastroenterostomie machte sich dagegen längere Zeit lästiges galliges Erbrechen bemerkbar. Die 4. Pat., welche ein mit der Bauchwand verwachsenes Geschwür an der kleinen Curvatur hatte, wurde nach geglückter Operation in allen Magenfunktionen völlig normal. Rosenheim's (85) Carcinomkranker, der von Hahn operirt worden war, zeigte 3 Mon. nach der Operation sekretorisch gar keine Veränderung gegen früher und beginnende Besserung der motorischen Thätigkeit. Bei der Untersuchung $1^1/_2$ Jahre später

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

wurde gefunden, dass die HCl-Sekretion noch nach wie vor ungenügend war, dagegen war die motorische Thätigkeit normal und das Allgemeinbefinden sehr gut. Gallenrückfluss fand nicht statt. Die schlechten HCl-Sekretionsverhältnisse sind auf die Atrophie der Schleimhaut zurückzuführen, die jedoch, so lange der Darm gesund ist, nichts auf sich hat.

Darm.

1) *Beiträge zur Frage der Sekretion und Resorption im Dünndarm;* von F. Voit. Aus dem physiol. Institut zu München. (Ztschr. f. Biol. XXIX. 3. p. 325. 1893.)

2) *Expériences sur le pouvoir digestif du pancréas dans l'état de jeûne;* par Carvallo et Parchon. (Arch. de Physiol. norm. et pathol. XXV. 4; Oct. 1893.)

3) *Contribution à l'étude des ferments du pancréas;* par Dastre. (Ibidem.)

4) *Zur Lehre der Autointoxikationen bei chronischen Magen- und Darmkrankheiten;* von A. Katz. (Wien. med. Presse XXXIII. 28. 1893.)

5) *Beobachtungen über Darminvagination;* von M. Baur. Aus der med. Klinik zu Tübingen. (Berl. klin. Wchnschr. XXIX. 33. 34. 35. 1893.)

6) *Zur Casuistik der Darminvagination;* von J. Vierhuff. (Petersb. med. Wchnschr. XVIII. [N. F. X.] 41. 1893.)

7) *Ueber Darmverschluss durch Gallensteine;* von Otto. (Inaug.-Diss. Leipzig 1893.)

8) *Zur Casuistik der Wurmfortsatzerkrankungen;* von Caspersohn. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 41. 1893.)

9) *Zur Kenntniss der Darmneurosen;* von H. Stein. (Wien. med. Wchnschr. XLIII. 1. 2. 1893.)

10) *Die physiologische Wirkung der Bauchmassage bei habitueller Obstipation;* von Bum. (Wien. med. Presse XXXII. 46. 1892.)

11) *Die Anwendung der Magenwaschung bei dem akuten inneren Darmverschluss;* von Pollak. Aus der Abtheilung Prof. Stiller's in Budapest. (Wien. med. Wchnschr. XLII. 51. 52. 1892; XLIII. 1. 2. 3. 4. 1893.)

12) *Le lavage du canal digestif;* par A. de Genersich. (Progrès méd. XXI. 38. 1893. — Deutsche med. Wchnschr. XX. 41. 1893.)

13) *Note sur l'irrigation totale et antiseptique du tube digestif;* par J. Dauriac. (Progrès méd. XXI. 39. 1893.)

14) *Des grands lavages de l'intestin grêle (contribution à l'étude de l'antisepsie intestinale);* par E. Lesage et J. Dauriac. (Gaz. des Hôp. LXVI. 119. 1893.)

15) *Ueber Benzonaphthol, ein neues Darmantisepticum;* von F. Kuhn. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 19. 1893.)

16) *Ueber Salol in den Tropen*; von Rasch. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 17. 1893.)

Ausgehend von den Hermann'schen Versuchen (Arch. f. Physiol. XLVI. 1890) über *Kothbildung* in einem isolirten, aber durch das Mesenterium mit dem übrigen Darm durch Gefässe und Nerven verbundenen, ringförmig geschlossenen Darmstücke, löst F. Voit (1) durch eine grosse Reihe ähnlicher Versuche wichtige Fragen über Kothbildung und Darmfunktion. Er benutzt den Vergleich des Inhalts im isolirten Darmstück (das von ihm übrigens nicht ringförmig, sondern an beiden Enden durch Nähte geschlossen wurde) zur Feststellung der Rolle, welche die im Koth gefundenen Stoffe spielen; welche davon aus der Nahrung im Darm zurückbleiben und welche in den Darm ausgeschieden werden, und ergänzt so in interessanter Weise die bisher am Koth des Hungernden gemachten physiologischen Erfahrungen. Die Einzelheiten der Versuche müssen im Original nachgelesen werden, wir können hier nur die Resultate wiedergeben. Die Anhäufung des Inhalts im isolirten Darmstück ist durch Sekretionsvorgänge bedingt, bei gewöhnlicher, an stickstofffreien Bestandtheilen nicht zu reicher Nahrung besteht ein grosser Theil, bei Fleischkost fast die ganze Masse des Kothes aus diesen Sekretionsprodukten, die auch im Hunger abgesondert werden. Durch Nahrungsaufnahme wird die Abscheidung etwas gesteigert. Die grossen Verdauungsdrüsen, Leber und Pankreas haben fast keinen Antheil an der Kothbildung, sie kommt fast ausschliesslich den Lieberkühn'schen Drüsen zu. Der bei mässiger Fleischdiät in den Fäces gefundene N gehört nicht unresorbirten Bestandtheilen der Nahrung an, sondern kommt fast ausschliesslich von den Sekreten des Darms her. Die Aschebestandtheile des Fleisches werden dagegen weniger gut resorbirt. Ausser stickstoffhaltiger Substanz und ziemlich reichlicher Asche werden in das isolirte Darmstück nicht unbeträchtliche Mengen Fett ausgeschieden. Besonderes Augenmerk legte V. auf die Resorption und Ausscheidung des *Kalks* und *Eisens*. Es ergiebt sich, dass bei gemischter, besonders kalkreicher Nahrung der weitaus grösste Theil der Kalksalze des Kothes aus der Nahrung stammt, ohne im Stoffkreislauf cirkulirt zu haben. Ein gewisser Theil des aufgenommenen Kalks wird in das Darmrohr secernirt. Die Nahrungsaufnahme steigert die Kalkausscheidung ein wenig, die Galle hat dabei keine Bedeutung. Ein anderer Theil des Kalks wird durch den Harn ausgeschieden. Die Aufnahme des Eisens durch den Verdauungskanal bewegt sich nur in geringen Werthen. Die resorbirten Mengen werden nur zum geringeren Theil durch die Nieren, zum grössern durch die Darmwand ausgeschieden. Auch an der Eliminirung des Eisens ist die Galle kaum betheiligt. Der weitaus grösste Theil des Eisens bleibt unresorbirt. Der physiologischen Funktionen des Dünndarms sind also 3. 1) Sekretion wirklicher Verdauungsäfte; 2) Resorption von Nahrungstoffen; 3) Ausscheidung von Stoffen, die im Körper schon cirkulirt und ihm als Nährmaterial gedient haben.

Die Frage, ob das Pankreas auch im nüchternen Zustand des Thieres secernire, haben Carvallo und Parchon (2) dadurch zu lösen gesucht, dass sie Hunden, sowohl gesunden als auch entmilzten, nach 5tägigem vollkommenen Hungern, das Pankreas frisch entnahmen und in verschiedener Art zerstückelten und extrahirten. Da die Extrakte immer Fibrin zu verdauen im Stande waren, so schliessen sie daraus, dass eine fortwährende Drüsenthätigkeit des Pankreas stattfinde, eine auch allgemein physiologisch wichtige Thatsache. Dastre (3) fand, dass man durch verschiedene

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Behandlungsmethoden des während der Digestion entnommenen Pankreas das proteolytische Ferment vom amylolytischen trennen könne. Durch schnelle Maceration geht das Trypsin verloren. Der Saft vermag nur noch Stärke zu diastasiren, durch langsame Maceration und nachherige Extraktion bleibt ihm nur noch die tryptische Fähigkeit erhalten. Wird das Pankreas einem längere Zeit hungernden Hunde entnommen, so persistirt das proteolytische, das amylolytische scheint geschwunden.

Die bei Magen- und Darmkrankheiten vielfach als *Folgen einer Autointoxikation* geschilderten Symptome als: Schwindel, Athembeklemmung, Herzklopfen, Müdigkeit u. s. w. wurden von Katz (4) geprüft und nur als rein nervöse Erscheinungen als Irradiation der Reize von den Magennerven auf die Bahn des Vago-Sympathicus aufgefasst. Ein stringenter Beweis, sie als Intoxikation anzusehen, sei weder klinisch noch experimentell beigebracht worden.

Die *klinischen Arbeiten über Darmkrankheiten* enthalten nur mehr oder weniger interessante Casuistik.

Baur (5) berichtet über 9 Fälle von Darminvagination aus der Tübinger Klinik, an denen er die bekannten Erfahrungen erörtert, Vierhuff (6) über eine durch Ausstossen des nekrotisirten Darmstücks geheilte Invagination, Otto (7) über einen Fall, in dem anfallsweise bei Bestehen der Cholelithiasis Ileus auftrat, wobei ein walzenförmiger Tumor im Quercolon gefühlt wurde, unter Magenauswaschungen und Morphiumbehandlung hörten die Erscheinungen auf und ein Conglomerat von Gallensteinen wurde mit dem Koth entleert. Caspersohn (8) theilt 2 Fälle von operativ behandelter Perityphlitis mit, der eine, in dem nur eine Incision in die Eiterhöhle gemacht und ein Drainrohr in die austamponirte Wunde gelegt wurde, verlief günstig, der andere, in dem C. den Versuch machte, den Wurmfortsatz freizulegen und zu reseciren, ungünstig.

Stein (9) (vgl. Jahrbb. CCXXXVIII. 1) berichtet über eine Anzahl neuropathisch veranlagter Kranker, die anfallsweise starke Durchfälle bekamen. Nach seiner Ansicht wird eine grosse Anzahl von Darmleiden, die in motorischen und sekretorischen Störungen sich zeigen, durch nervöse Momente erzeugt, ohne dass man an einen Katarrh zu denken braucht.

Bum (10) empfiehlt die Massage bei der habituellen Stuhlträgheit, bei der er 2 Formen unterscheidet: 1) eine mit schlaffer, 2) eine mit gut entwickelter hypertrophischer Muskulatur. Im 1. Falle wirkt die Massage und Mechanotherapie auf die Bauchmuskeln, erhöht ihren Tonus und macht so eine Einwirkung der Bauchpresse auf den Darm möglich. Bei der 2. Form wirkt sie durch die mechanische Erschütterung des Bauches reizend auf die sympathischen Ganglien und Nerven und damit reflektorisch auf die Darmmuskeln und bedingt eine stärkere Thätigkeit derselben.

Ueber die Behandlung des Ileus mit Magenwaschungen bringt Pollak (11) eine sehr ausführliche Arbeit, die jedoch fast nichts Neues enthält. Er berichtet über 7 Kr., von denen 5 durch die Ausspülung Heilung fanden und von den beiden anderen einer auch durch die Operation nicht hatte gerettet werden können. Er hält die Magenausspülung für heilsam in allen Fällen von Obturationen, Knickungen, frischen Adhäsionen und ähnlichen Ereignissen, für gut und palliativ in jedem Falle. Nur bei akutestem Verlauf muss, wenn nicht sofort nach der Spülung deutliche Besserung eintritt, gleich operirt werden.

Interessanter sind die Arbeiten über die *totale Darmdurchspülung*. Genersich (12) hat an Leichen gefunden, dass Eingiessungen vom Oesophagus aus gemacht, nur bis zum Ileum gingen, höchstens bis zum Coecum; giesst man mehr als 5 Liter ein, so platzt der Darm, dagegen kann man vom Rectum aus den ganzen Darmtractus durchgiessen, ohne dass die Bauhin'sche Klappe Widerstand entgegensetzte. Dadurch ermuthigt, hat er solche Diaclysmata auch bei Menschen versucht, und zwar mit gutem Erfolge, es lässt sich mit 6—9 Litern der ganze Verdauungstrakt durchspülen. G. wandte dabei einen Druck von 80 cm bis 1 m an. Sobald die Flüssigkeit in den Magen kommt, wird sie erbrochen, zieht man das Darmrohr zurück, so stürzt der Inhalt aus dem Anus unter grossem Druck heraus. G. hat bei Cholerakranken diese Durchspülung versucht und ist mit dem Erfolge sehr zufrieden. Zur Lösung hat er Tannin benutzt.

Dauriac (13) veröffentlicht im Anschluss an diese Mittheilung Genersich's experimentelle und therapeutische Versuche über „totale und unvollständige Darmirrigation". Mit 11 Liter Wasser durchspülte er den Darm der Leiche, ohne Verletzungen zu machen. Dasselbe gelang ihm am Hund; ein Hund der unstillbare Diarrhöe hatte, wurde durch Irrigation mehrerer Liter von 1proc. Lösung des Acid. lacticum geheilt. Darauf wurden Versuche an idiotischen Kindern mit profusen Diarrhöen gemacht, die Irrigation wurde nicht bis zum Magen getrieben, es genügte, sie in den oberen Darmtheil zu leiten, benutzt wurde hierzu Creolin. Eben so günstige Erfolge beobachtete D. durch unvollständige Lavage bei Typhus, bei Ikterus (5 Liter kalten Wassers oder Vichy-Wassers). Bei einer Irrigation kam eine Tänie in toto heraus.

Die Methodik des Eingiessens beschreiben Lesage u. Dauriac (14) so. Der Kranke wird horizontal gelegt, nur die linke Hüfte wird durch ein Kissen erhöht. Hierauf wird eine weiche Sonde in das Colon transversum geführt, was durch Palpation zu constatiren ist, der Anus durch Watte oder eine Gummiklappe verstopft, und das freie Ende der Sonde mit einem Gummischlauch verbunden, der aus einem 8—10 Liter haltenden Irrigator kommt. Letzterer wird nun mit der Lösung gefüllt und 10—30 cm über dem Kranken gehalten. Es fliessen dann unter schwachem Druck 2—3 Liter ab, welche das Colon bis zum Coecum füllen. Unter geringfügigen Schmerzen dringt nun das Wasser in den Dünndarm. Nun beobachtet man sorgfältig das Niveau der Flüssigkeit im Irrigator, falls es nicht sinken sollte, hebt man diesen langsam höher. Nach 6 Litern kommen die ersten Flüssigkeitstheile in den Magen, was sich durch Brech-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

reiz ankündigt und durch Dämpfung des halbmondförmigen Raumes controllirt werden kann. Man kann nun den Irrigator abziehen, während die Sonde im Anus bleibt, und sich mit unvollständiger Irrigation begnügen, dann stürzt die gesammte Flüssigkeitsmenge aus dem Darm, oder man führt noch eine Magensonde in den Magen und spült weiter, so dass die Flüssigkeit in Wahrheit von hinten nach vorn den ganzen Menschen durchspült. Die horizontale Lage mit hoher linker Seite ist nöthig, damit den im Coecum befindlichen Gasen der Ausweg nach dem Colon frei wird, sonst bildet sich hier eine Luftblase, die die Bauhin'sche Klappe von beiden Seiten spannt und den Durchtritt hindert. Weicht das Gas in's Colon, so fühlt man um den Nabel herum eine luftkissenartige Resistenz. Die einzugiessenden Mengen wechseln natürlich mit dem Alter.

Ueber das *Benzonaphthol,* das als Darmdesinficiens von einigen Franzosen und in Deutschland von Ewald und Brück gerühmt worden ist, macht Kuhn (15) wenig ermuthigende Mittheilungen. Es wurde an einer Anzahl Kranker der Riegel'schen Klinik geprüft, zeigte aber weder auf die Gasbildung im Magen, noch im Stuhl ausserhalb des Körpers geprüft, irgend einen Einfluss, eben so wenig auf die Ausscheidung der Schwefelsäure oder des Indicans, wohingegen vergleichsweise angestellte Versuche mit Calomel und nachfolgendem Opium mit Wismuth deutliche Abnahme der Eiweissfäulniss im Darm ergaben. Auch die Diarrhöe der Kranken wurde nicht beeinflusst.

Von dem *Salol* hat Rasch (16) bei einer Tropendysenterie sehr gute Erfolge gesehen.

414. **Un caso singolare di fegato mobile**; pel Dott. V. Poli. (Rif. med. IX. 105. 1893.)

Eine 29jähr. Frau, welche in ihrer Jugend an Rhachitis gelitten und immer über Schmerzen im Leibe und über hartnäckige Stuhlverstopfung zu klagen hatte, bot bei der Untersuchung folgenden merkwürdigen Befund dar.

Im rechten unteren Theile des Thorax fehlte die normaler Weise hier vorkommende Leberdämpfung. Der Perkussionschall war hell tympanitisch. Bei der Auskultation nahm man gewöhnliches Vesiculararthmen wahr. Der Leib war unregelmässig geformt, indem der linke untere Quadrant sehr stark hervorragte. An dieser Stelle war der Perkussionschall gedämpft und man fühlte hier einen indolenten Tumor mit glatter Oberfläche, dessen oberer Rand einen Einschnitt in der Gegend des Nabels darbot; der grösste Durchmesser des Tumor lag in transversaler Richtung, die linke Hälfte war kleiner als die rechte. Der ganze Tumor war leicht beweglich. Die Milz lag an der normalen Stelle.

Demnach handelt es sich hier um einen Fall von Wanderleber, der um so merkwürdiger ist, als die Leber hier bis in die *linke* Fossa iliaca gelangt ist. In den in der Literatur bisher bekannten Fällen von Wanderleber ist ein derartiges Vorkommen noch nicht verzeichnet.

Emanuel Fink (Hamburg).

415. **Zur Lehre von der Wanderleber**; von Prof. W. Leube. (Münchn. med. Wchnschr. XLI. 4. 1884. Vgl. a. Sitz.-Ber. d. physikal.-med. Ges. zu Würzburg Nr. 7. 1893.)

L. fand bei einem 17jähr. Bauernsohn mit schwerem Herzfehler und starkem Ascites nach dem Ablassen des letzteren eine ausgesprochene *Wanderleber*. Augenscheinlich war die schwere Stauungsleber in Folge der ungenügenden Spannung der Bauchdecken nach und nach nach unten gesunken, hatte das Ligamentum coronarium und suspensorium mehr und mehr gedehnt und hatte zwischen sich und dem Zwerchfell einen Raum geschaffen, der sich mit Flüssigkeit füllte. Diese Flüssigkeit entleerte sich bei der Ascitespunktion nicht. Die Befestigung der Leber hinten durch die V. cava inferior an der Wirbelsäule war dadurch locker geworden, dass das in Folge der Tricuspidal-Insufficienz zurückströmende Blut die V. cava erheblich erweitert hatte. Dippe.

416. **Zur Lehre vom Ikterus bei Infektionskrankheiten**; von Dr. J. Pal. (Wien. klin. Wchnschr. VII. 2. 1894.)

P. giebt seiner Ueberzeugung Ausdruck, dass der bei Infektionskrankheiten (Pneumonie, Pyämie, Erysipel u. s. w.) auftretende Ikterus in der grossen Mehrzahl der Fälle nicht Folge eines Gastro-Duodenal-Katarrhs, sondern Ausdruck der Mitbetheiligung der Leber, bez. der Gallengänge an der allgemeinen Erkrankung ist, in derselben Weise, wie die Albuminurie die Miterkrankung der Nieren anzeigt. Die genaueren Vorgänge in der Leber und den Gallengängen sind uns noch nicht bekannt. Die Anschauung P.'s schliesst sich der mehr und mehr Eingang findenden Auffassung des gewöhnlichen katarrhalischen Ikterus als einer Infektionskrankheit an. Dippe.

417. **1) Ueber atrophische und hypertrophische Lebercirrhosen**; von Prof. H. Senator. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 51. 1893.)

2) Ueber biliäre Lebercirrhose; von Prof. N. Goluboff. (Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 3 u. 4. p. 353. 1894.)

1) Nach einer eingehenden Besprechung der für die klinischen Erscheinungen in Betracht kommenden anatomischen Vorgänge stellt Senator folgende Formen der Lebercirrhose als gut charakterisirt hin.

I. *Die portale Granularatrophie Laennec's.* Portal, weil die Bindegewebeneubildung von den Pfortadergefässen ausgeht. Schrumpfung der Leber, Vergrösserung der Milz, Ascites, Erweiterung der Venen in der Bauchhaut und im Magen-Darmkanal. Kein Ikterus, Harn spärlich, dunkel, ohne Bilirubin, aber mit anderen Farbstoffen und Uratsedimenten. Die meisten Kranken sind Männer; die häufigste Ursache ist der Alkohol.

Als seltenere Formen gehören hierher:

Ia. *Die portale Cirrhose mit Hypertrophie,* d. h. die Leber ist zu gross und kann gross bleiben, kann aber auch nach und nach kleiner werden.

Ib. *Die portale Cirrhose mit Ikterus.* Der Ikterus kann mehr zufällig hinzutreten (katarrhalischer Ikterus), oder es werden durch die Schrumpfung zahlreichere Gallengänge in der Leber verlegt.

II. *Die biliäre Lebercirrhose mit nachfolgender Atrophie.* Ursache ist eine gänzliche Verlegung der Gallenabfuhrwege. Die Leber ist anfangs gross in Folge von Anhäufung der Galle, wird dann mit dem Schwund der Leberzellen und mit der von den Gallengefässen ausgehenden Bindegewebeneubildung nach und nach immer kleiner. Keine

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Milzschwellung, keine Stauung in der Pfortader. Stühle entfärbt, Harn reichlich Bilirubin enthaltend. Die meisten Kranken sind Frauen.

Als seltenere Form gehört hierzu:

IIa. *Die biliäre Lebercirrhose mit Milzschwellung.* Auch hier sind die Kranken meist Frauen und sind Gallensteinkoliken vorausgegangen; die Entstehung der Milzschwellung ist dunkel.

III. *Die Hanot'sche hypertrophische Lebercirrhose mit Ikterus.* Die seltenste der drei Hauptformen mit Vergrösserung der Leber, Ikterus, geringer, oft wechselnder Entfärbung der Stühle, bilirubinhaltigem Harn, Milzvergrösserung ohne Ascites, ohne portale Stauungen. Die meisten Kranken sind Männer in mittleren Jahren. Aetiologisch kommen Alkohol, Lues, Malaria in Frage, oft bleibt die Entstehung unklar. Beginn allmählich. „Der ganze Verlauf macht den Eindruck einer auf einander gehäuften Reihe von Anfällen eines Icterus catarrhalis." Prognose relativ gut. Das Leiden kann 2 bis 15 Jahre dauern. Die diagnostisch (namentlich auch zur Unterscheidung von II, die Trennung von IIa ist oft recht schwer) wichtige Milzschwellung beruht nicht auf Stauung, sondern auf ähnlichen [infektiösen?] Vorgängen in der Milz, wie sie sich in der Leber abspielen.

Zwischenformen, Uebergänge kommen wahrscheinlich vor. Ein Trinker kann Gallensteine haben, neben dem Alkohol kann die der III. Form vielleicht zu Grunde liegende Infektion eine Rolle spielen. Jedenfalls giebt die Eintheilung von S. einen guten Anhalt zur Orientirung.

2) Goluboff berichtet mit sehr guter Krankengeschichte und genauem Sektionsbefund über einen typischen Fall Hanot'scher hypertrophischer Lebercirrhose (Senator: III). G. sieht als das Erste eine diffuse Entzündung der Gallengänge an, die zu einer theilweisen Verhaltung der Galle führt und an die sich nach und nach eine stetig zunehmende interstitielle Hepatitis anschliesst. Die starke Schwellung der Milz möchte auch G. auf die bekannte „Sympathie" zwischen Leber und Milz zurückführen. Gegen das Ende der ganzen Krankheit kann es sehr wohl auch zu Stauungserscheinungen im Pfortadergebiet kommen.

Wie entsteht nun die Entzündung der Gallengänge? Entweder durch Schädlichkeiten, die der Leber durch das Blut zugeführt werden oder, und das ist wahrscheinlicher, durch Einwanderung von Entzündungserregern (Bacterium coli) vom Darm her. G. vergleicht diese aufsteigende Angiocholitis mit der aufsteigenden Nephritis. Dippe.

418. **1) Zur Diagnose der Pankreasatrophie durch Steinbildung**; von Prof. Lichtheim. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 8. 1894.)

2) Ein Fall von Pankreaskolik; von Dr. W. Minnich. (Ebenda.)

1) Der Fall von Lichtheim betraf einen 36jähr. Kutscher, der 6 Jahre lang an heftigen, Wochen und Monate dauernden Koliken mit Fieber und Erbrechen gelitten hatte, die weder als Gallensteinkoliken (kein Ikterus), noch als Nierenkoliken aufgefasst werden konnten. Seit einem Jahre waren sehr starke, durch kein Mittel stillbare Durchfälle aufgetreten, die den Kranken schnell mager und elend gemacht hatten. Die Stühle waren nicht besonders charakteristisch, enthielten namentlich nicht auffallend viel Fett. Der Kr. klagte über starken Hunger und Durst.

Bei der Aufnahme in die Königsberger Klinik fand sich bei mässiger Polyurie Diabetes, der nicht allzu schwer zu beseitigen war. Der Durchfall hielt an; eine vorhandene Lungentuberkulose machte schnelle Fortschritte; der Kr. starb.

L. hatte die Diagnose auf Pankreasatrophie in Folge von Steinbildung gestellt und die Sektion bestätigte diese Annahme vollkommen. Das Drüsenparenchym war nur noch in Resten vorhanden, der Ductus Wirsungianus war erweitert und in ihm lagen mörtelartige Steinmassen.

2) Minnich berichtet über einen 68jähr. Kr., der zweifellose Gallensteinkoliken gehabt hatte, dann aber Koliken bekam, bei denen die Schmerzen mehr in der Mitte des Leibes nach links zu sassen und nach denen Steine mit dem Stuhle abgingen, die sich durch ihre halbfeste Consistenz und ihren Gehalt an organischer Substanz als die zuerst von Virchow im Ductus Wirsungianus gefundenen Speichelsteine erwiesen. Dippe.

419. **Anchylostomum duodenale** *bei Ziegelarbeitern in der Umgebung von Berlin;* von Dr. E. Grawitz. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 39. Sept. 1893.)

In der Umgebung von Berlin sind trotz der vorhandenen zahlreichen Ziegeleien bisher noch keine Anchylostomen beobachtet worden; höchstens kann die von Heise in Rathenow (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. VII. 1) 1860 beobachtete Anämie der Former und Streicher in den Ziegeleien längs der Havel hierauf bezogen werden. Bemerkenswerth ist daher ein Fall, der im Juli 1893 in der 2. med. Klinik beobachtet wurde.

Der Kr. litt an follikulärer Angina und hatte sonst keine Klagen; doch wurde, da er Italiener und Ziegelarbeiter war, sein Stuhl untersucht und es fanden sich darin in der That mässig zahlreiche Eier von Anchylostomen, ferner zahlreiche Eier von Trichocephalus dispar und ein Exemplar von Ascaris lumbricoides; trotzdem wurden weder die von Leichtenstern besonders hervorgehobenen Charcot'schen Krystalle, noch Veränderungen im Blute beobachtet. Unter den anderen Arbeitern derselben Ziegelei fanden sich nur noch bei drei, im Uebrigen gesunden Italienern einzelne Anchylostomeneier.

Die Gefahr einer Weiterverbreitung der Anchylostomenkrankheit durch italienische und andere ausländische Ziegelarbeiter ist also auch bei den Berliner Ziegeleien vorhanden; dass die Verbreitung im vorliegenden Falle nicht bedeutend war, mag in dem Dampfbetriebe der Ziegelei und in der dabei beobachteten äussersten Reinlichkeit seinen Grund haben. H. Meissner (Leipzig).

420. **Ueber die Behandlung des Myxödems.** (Schluss; vgl. Jahrbb. CCXLI. p. 163.)

Leichtenstern berichtet über *ein mittels Schilddrüsen-Injektion und Fütterung erfolgreich behandeltes Myxoedema operativum* (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 49—51. 1893). Dieser Fall ist nicht nur dadurch bemerkenswerth, weil er einer

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

der ersten von *operativem* Myxödem ist, in welchen die subcutane Injektion und die Fütterung von Schilddrüsen mit überraschendem Erfolge vorgenommen wurden, sondern namentlich deshalb, weil diese Behandlung noch 11 Jahre nach der Totalexstirpation nach mindestens 10jährigem Bestande des Myxödems zur Heilung führte. Der Fall ist folgender.

Die 38jähr. Frau litt seit ihrem 9. Lebensjahre an einem grossen Gefässkropf, der beide Lappen einnahm, bei Bewegungen heftige Athemnoth bewirkte; zeitweise Dysphagie. Eine energische Jodbehandlung hatte keinen Erfolg. Im Juli 1881 *Totalexstirpation des Kropfes* durch Dr. Hopmann (Cöln). 4—6 Mon. nach der Operation begannen die auffallenden Veränderungen des *Myxödems*. Volle 10 Jahre führte Pat. dann das traurige Dasein der Myxödematösen. Sie war schliesslich fast ganz an das Zimmer gefesselt, unfähig, auch nur die kleinsten Hausarbeiten zu besorgen, geistig mehr und mehr abnehmend.

Am 23. Nov. 1892 Aufnahme in das Cölner Bürgerhospital. Die Untersuchung ergab das ausgesprochene Bild eines starken Myxödems. (Die Einzelheiten des ausserordentlich genau aufgenommenen Status, namentlich auch das Ergebniss der Blutuntersuchung, sind im Original nachzulesen.)

Am 15. Dec. 1892 wurde die *Behandlung mit Hammelschilddrüsenextrakt* begonnen. Dieses Extrakt wurde im Wesentlichen nach der von White gegebenen Vorschrift zubereitet. Das Gesammtextrakt enthielt in 85 g 15 g Schilddrüsenstoff. Hiervon wurden in den ersten 9 Tagen $1^1/_2$ g injicirt. Deutlich sichtbarer Erfolg: Steigen der Harnmenge; Abnahme des Körpergewichtes, normale Temperatur. Ein sich bereits nach der 4. Injektion einstellendes starkes *Erythem* nöthigte zur Aussetzung der Behandlung. Erst gegen Ende Februar 1893 war das Ekzem definitiv geheilt. Mittlerweile war der schöne Erfolg der Injektionen wieder zum grossen Theile verloren gegangen. Es wurde nun zur *Fütterung mit Schafschilddrüsen* übergegangen. Die Kr. erhielt jeden Freitag 5—12 g Schafschilddrüse. Ueberraschender Erfolg. Nach der 8. Einnahme von Schilddrüse traten plötzlich Symptome von *Herzschwäche* ein, zugleich ein *Recidiv des Erythems*. Nach 14 Tagen waren Herzschwäche und Erythem beseitigt. Mitte Juni meldeten sich wieder deutliche Anzeichen der Rückkehr des Myxödems. Vom 29. Juni bis 6. Oct. erhielt die Kr. jeden Freitag 10.0 g frischer roher Schafschilddrüse. Sie hat im Ganzen seit Beginn der Fütterungstherapie 209 g Schilddrüse erhalten. Irgend welche Zwischenfälle sind in den letzten Monaten nicht mehr vorgekommen. Der Zustand der Kr. ist ein ausgezeichneter; die Erscheinungen des Myxödems sind verschwunden. Pat. fühlt sich körperlich und geistig gesund.

Die Fütterung mit Schafschilddrüsen soll bei der Kr. in 2—3wöchigen Zwischenräumen fortgesetzt werden. L. wird später weiter berichten.

E. Schotten (*Ueber Myxödem und seine Behandlung mit innerlicher Darreichung von Schilddrüsensubstanz.* Münchn. med. Wchnschr. XL. 51. 52. 1893) berichtet über 3 Fälle von Myxödem, die er in den letzten Monaten beobachten konnte.

Der 1. Fall betraf eine 53jähr. Kr., bei der sich (angeblich nach einem heftigen Schrecken und danach anhaltendem schweren Kummer und Sorgen) die ersten Symptome von Myxödem gezeigt hatten. Als Sch. die Pat. Anfang Juni 1893 sah, bot sie ein geradezu typisches Bild des Myxödems dar. Am 14. Juni 1893 Beginn der Behandlung mittels *innerlicher Darreichung von Schafschilddrüse;* an diesem, sowie am übernächsten Tage je 5 g Schilddrüse. Unangenehme Allgemeinsymptome; schwerer *stenokardischer Anfall.* Schon deutlich nachweisbare Abschwellung und Weicherwerden der Haut. Am 25. Juni wurde wieder mit der Darreichung von Schilddrüse begonnen, und zwar vorsichtiger Weise mit 1 g pro dosi et die. Leichte Allgemeinerscheinungen; deutliche Besserung des Myxödems. Nach 6tägiger Darreichung wurde pausirt; Pat. erhielt dann am 11. Juli $2^1/_2$ g, am 18. Juli 3 g, am 25. Juli 3 g, am 11., 15. und 22. August je $3^1/_2$ g Drüse. Dann wurde die Kur für vorläufig beendet erklärt, nachdem die Kr. im Ganzen $38^3/_4$ g Schilddrüse genommen hatte.

Das Heilungsresultat war „ein glänzendes und temporär fast vollkommenes zu nennen".

Im Anschluss an diese Beobachtung berichtet Sch. noch über 2 Schwestern im Alter von 35, bez. 18 Jahren; beide sind Zwerge, beide bieten die Erscheinungen des Myxödems dar. Die jüngere Schwester zeigt die Erscheinungen in viel höherem Grade, als die ältere. Die bei der ersteren nicht sehr consequent und energisch durchgeführte Schilddrüsentherapie hatte ein deutliches Besserwerden der sämmtlichen Myxödemerscheinungen, zugleich auch anscheinend ein, wenn auch nicht erhebliches, Wachsen zur Folge.

Die Arbeiten von Leichtenstern und Schotten geben gleichzeitig auch einen kurzen Ueberblick über die Geschichte des Myxödems und seine Behandlung.

Bezüglich der *physiologischen Funktion der Schilddrüse* ist Leichtenstern der Ansicht, dass die früher allgemein und noch bis in die jüngste Zeit festgehaltene Ansicht, die Drüse nehme gewisse Zersetzungsprodukte aus dem Blute auf und verarbeite Stoffe, welche bei ihrer Anhäufung im Blute, nach Elimination oder Atrophie der Drüse von schädlicher Wirkung auf den Organismus sind, sicher nicht *ausschlicsslich* zutrifft. „Vielmehr verdient die Lehre von der *sekretorischen Funktion der Thyreoidea,* indem sie den klinisch-therapeutischen und den experimentell-therapeutischen Thatsachen Rechnung trägt, unbedingt den Vorzug, nämlich die von Creswell-Baber bereits 1876, von Schiff 1884 vertretene Ansicht, dass die Schilddrüse, wenn sie auch keinen Ausführungsgang besitzt, eine secernirende Drüse sei, welche einen Stoff bereitet und in die Cirkulation sendet, der für das Leben und die Gesundheit des Organismus von grösster Bedeutung ist."

Schotten bespricht am Schlusse seiner Mittheilung die zuerst von Möbius hervorgehobene Thatsache, dass der regelmässig mit einer Vergrösserung der Schilddrüse verbundene Morbus Basedowii in fast allen wesentlichen Symptomen das gerade Gegentheil von denen darbietet, welche wir bei dem mit Schwund der Schilddrüse einhergehenden Myxödem finden. Sch. führt diese Parallele noch näher aus und kommt dabei zu dem Schlusse, dass kaum noch ein Zweifel bestehen kann, „dass, wie das Myxödem durch eine Aufhebung der Funktion der Schilddrüse, die Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit durch eine krankhafte Reizung der Funktion dieser Drüse hervorgerufen werden".

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

A. Hoffmann hat in der Leipziger med. Gesellschaft (Jahrbb. CCXLI. p. 221) ein $3^1/_2$jähr. Mädchen mit *myxödematöscm Idiotismus* vorgestellt, bei dem die innerliche Behandlung mit Schilddrüsenextrakt, bez. mit dem alkoholischen Niederschlag von frisch ausgeschnittener Hammelschilddrüse eine wesentliche Besserung herbeigeführt hat.

L. Nielsen berichtet in einer neuen Arbeit *über die Behandlung von Myxödem mittels Pil. glandulae thyreoideae siccatae* (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 3. 1894).

N. hat aus getrockneten und pulverisirten Kalbschilddrüsen Pillen herstellen lassen und gefunden, dass die Gland. thyreoid. siccatae nichts von ihrer Wirkung eingebüsst haben und die frischen Drüsen völlig zu ersetzen im Stande sind. Die in der früheren Arbeit N.'s erwähnte Kr., bei der in Folge der Schilddrüsenfütterung sämmtliche Myxödemsymptome verschwunden waren, hat dann 4 Monate lang ausschliesslich diese Pillen benutzt (2mal täglich 1 Pille zu je 10 cg Schilddrüse) und sich dabei vollkommen wohl befunden.

Das Präparat wurde dann ferner von Anfang an bei einer 50jähr. Frau mit ausgesprochenem Myxödem geprüft. Die Kr. fing mit 2 Pill. gland. thyreoid. sicc. je 5 cg täglich (= $^1/_8$ frische Drüse täglich) an und ist nach und nach im Laufe von 14 Tagen bis zur höchsten Dosis: 7 Pillen täglich, entsprechend kaum einer halben frischen Drüse, gestiegen. Bei dieser Kr. trat eine auffallende Besserung, bez. ein vollkommenes Verschwinden aller Myxödemsymptome ein, gleichzeitig waren die Reaktionserscheinungen sehr mässig.

N. hebt besonders hervor, dass man durch die Dosirung der Drüsen bis zu einem gewissen Grade die Schnelligkeit des Schwindens der krankhaften Symptome und namentlich dadurch auch die Stärke der Reaktion beeinflussen kann, was namentlich in weit vorgeschrittenen Fällen der Krankheit von grosser Bedeutung ist.

B. Bramwell (Brit. med. Journ. Jan. 6. 1894) theilt einen Fall von *sporadischem Cretinismus* bei einem 16 Jahre 4 Monate alten Mädchen mit, in welchem die Behandlung mittels *innerlicher Darreichung von Schilddrüsenextrakt* eine wesentliche *Besserung* des Myxödems, sowie ein fortschreitendes Wachsthum bewirkte.

Th. Raven (Brit. med. Journ. Jan. 6. 1894) hat bei einer 65jähr. Frau mit typischem Myxödem mittels *Schilddrüsentabletten* wesentliche *Besserung* erzielt.

West (Brit. med. Journ. Jan. 6. 1894) hat bei einem 54jähr. Mann mit Myxödem durch *Schilddrüsentabletten* ebenfalls „*Heilung*" erreicht.

J. Thomson (Edinb. med. Journ. Febr. 1894) berichtet über die anhaltende *Besserung* seines 18jähr. Pat. mit ausgeprägtem sporadischem Cretinismus, den er mit *innerlicher Darreichung von Schafschilddrüse* behandelt hat. P. Wagner (Leipzig).

421. **1) The treatment of psoriasis by the internal administration of thyroid extract**; by Byrom Bramwell. Mit 5 Abbildungen. (Brit. med. Journ. Oct. 28. 1893. p. 933.)

2) Discussion on the etiology and treatment of psoriasis. (Ibid. p. 934.)

1) Angeregt durch die Beobachtung, dass die Anwendung von Schilddrüsenextrakt bei Myxödem eine starke Abschuppung der Haut, namentlich an Handtellern und Fusssohlen, bewirkt, behandelte B. mehrere Psoriasiskranke auf dieselbe Weise.

1) Eine 18jähr. Kr., seit 9 Mon. an ausgebreiteter Psoriasis leidend, erhielt vom 4. Febr. ab täglich $^1/_4$ einer feinzertheilten rohen Schilddrüse; bereits am 6. Tage liessen die Röthe und das früher sehr heftige Jucken nach; am 10. Tage fielen grosse Schuppen von der Haut des Rückens ab und liessen eine blasse, geschmeidige, gesund aussehende Haut zu Tage treten. Am 1. März war der Ausschlag zum grössten Theil verschwunden; die noch übrigen erkrankten Stellen erschienen blass, mit dünnen Schuppen bedeckt. Am 1. April schien ein Stillstand eingetreten zu sein; es wurde deshalb die Behandlung ausgesetzt und Arsenik verordnet; die Folge war ein neuer und heftiger Ausbruch des Leidens; es wurde daher am 11. April wieder die frühere Behandlung eingeleitet und am 6. Juni wurde die Kr. geheilt entlassen. Am 28. Juli zeigte sie einen neuen Fleck am linken Ellbogen.

2) Eine 38jähr. Frau mit schwerer Psoriasis seit 7 Mon. erhielt vom 10. Mai ab täglich 5 Tropfen Schilddrüsenextrakt; 3 Tage später schon löste sich eine grosse Schuppe vom linken Handgelenk. Am 23. Mai wurde die Dosis auf 10 Tropfen erhöht; am 14. Juli konnte die Kr. geheilt entlassen werden.

3) 57jähr. Frau mit ausgebreiteter Psoriasis. Täglich 5 Tropfen Schilddrüsenextrakt; nach 3 Wochen erklärte die Kr., dass sich seit $6^1/_2$ Jahren der Ausschlag nicht so gebessert hätte; z. Z. (6 Wochen nach Einleitung der Behandlung) sind Hände und Vorderarme gänzlich frei und an den übrigen Stellen ist eine bedeutende Besserung zu bemerken.

In 2 weiteren Fällen von leichter Psoriasis, sowie in einem Falle von Stocker zeigte dieselbe Behandlung keine so günstige Wirkung; ein Lupus besserte sich, bei einem akuten Ekzem gingen die Reizerscheinungen zurück.

2) R. Crocker hat in den letzten 10 Jahren 8—900 Fälle von Psoriasis beobachtet. In 72% begann die Krankheit vor dem 30. Lebensjahr, in nur $5^1/_2$% nach dem 50. Jahr; es kamen Erkrankungen bei 3 Monate und bei 85 Jahre alten Individuen vor; bei älteren Personen leidet oft das Allgemeinbefinden. In einer grossen Anzahl der Fälle war die Krankheit vererbt, aber selten ergriff sie mehrere Mitglieder derselben Generation, wenngleich in einer Familie 5 von 7 Kindern befallen wurden. Cr. hält dafür, dass es sich bei der Psoriasis um eine vasomotorische Läsion handele, zu welcher parasitäre Infektion hinzutritt. Arsenik, welches bei akuter Psoriasis schadet, wirkt wahrscheinlich auf die peripherischen Nervenendigungen; Jod in hohen Dosen wegen seiner diuretischen Eigenschaft. Terpentin war von Nutzen bei gesunden Nieren; es vermindert vermuthlich durch Zusammenziehung der Gefässe die Hyperämie (0.6 in Emulsion 3mal täglich, daneben reichlich Gerstenwasser zur Anregung der Diurese). So lange akute Hyperämie besteht, sollen die specifischen Heilmittel nicht angewendet werden.

Mapother hält an der parasitären Aetiologie der Krankheit fest und hat gute Erfolge von der Anwendung des Quecksilbers gesehen.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Abraham beobachtete 355 Fälle von Psoriasis unter 3700 poliklinischen Patienten während der letzten 2 Jahre; davon 133 Männer, 222 Frauen. In 37% der Fälle hatte die Krankheit in der Kindheit oder vor dem 13. Lebensjahre begonnen; mehrere Kranke waren 5 Jahre alt und jünger, einer 2 Jahre. Nur bei 59 Pat. litten Verwandte an derselben Krankheit; 35mal waren das Allgemeinbefinden und die Ernährung gestört. Von Arsenik verspricht sich A. wenig Erfolg; hauptsächlich wendet er Theer an.

Peeke Richards war erstaunt über das häufige Vorkommen von Psoriasis bei den weiblichen Kranken des Hanwell Lunatic Asylum.

A. Eddowes bemerkt, dass er, je mehr er Hautkrankheiten zu Gesicht bekomme, um so seltener Psoriasis diagnosticire und um so häufiger seborrhoisches Ekzem; es giebt zweifellos Fälle, welche in der Mitte liegen. Die Statistik und der Erfolg der Behandlung werden dadurch bis zu einem gewissen Grade in Frage gestellt.

J. Roberts weist darauf hin, dass Schwangerschaft in manchen Fällen die Psoriasis zum Verschwinden bringt; in anderen Fällen wieder trotzte sie, im 1. Monat der Gravidität aufgetreten, jeder Behandlung; in 6 Fällen trat Abort ein und die Krankheit verschwand spontan innerhalb 14 Tagen. Wermann (Dresden).

422. **Ueber die Beziehungen zwischen Asthma und Psoriasis**; von Hölscher. (Mon.-Hefte f. prakt. Dermatol. XVII. 9. p. 458. 1893.)

H. berichtet über 4 Fälle aus der Kieler Klinik, welche einen Zusammenhang zwischen Asthma und Psoriasis aufweisen.

1) Ein 33jähr. Glaser, bei dem die Psoriasis schon wiederholt seit vielen Jahren aufgetreten war, wurde mit allgemeinem Ausbruch der Hautkrankheit und starker Bronchitis in die Klinik aufgenommen. Nachts steigerten sich die Athembeschwerden zu asthmatischen Anfällen mit viel Husten und Auswurf. Nach Apomorphin-, später Arsengebrauch, subcutanen Pilocarpininjektionen und äusserlicher Anwendung von Chrysarobin und Theer Heilung in 6 Wochen.

2) Ein 39jähr. Zimmermann litt seit 6 J. nach einer Lungenentzündung an mässigem Husten mit Auswurf. Vor 3 Jahren breitete sich eine an beiden Knieen und Ellbogen bestehende Psoriasis plötzlich über den ganzen Körper aus und gleichzeitig steigerte sich der Husten zu starken Anfällen mit Athemnoth. Heilung nach 14 Tagen. Im letzten Jahre neuerdings allgemeiner Ausbruch der Psoriasis mit asthmatischen Anfällen. Entlassung nach 6 Wochen in bedeutend gebessertem Zustande.

3) 19jähr. Dienstmädchen, seit Kindheit Kurzathmigkeit und Psoriasis am Knie und Ellbogen. Bei der Aufnahme ziemlich starke Kurzathmigkeit mit Husten und Auswurf, Psoriasis über den ganzen Stamm. Nach Pilocarpin und Apomorphin nahmen die Athembeschwerden rasch ab, dagegen verbreitete sich der Ausschlag weiter; daher an Stelle des Pilocarpins Arsenik, worauf ohne sonstige Behandlung die Psoriasis nach 6 Wochen heilte und ebenso der Bronchialkatarrh vollständig verschwand.

4) 48jähr. Maler, litt schon wiederholt an asthmatischen Anfällen und seit langer Zeit an einer Psoriasis des rechten Arms und linken Beins. Im December 1892 plötzliche Ausbreitung des Ausschlags und stärkere asthmatische Anfälle. Nach Pilocarpin, Apomorphin, Anwendung des pneumatischen Cabinets Heilung nach 6 Wochen.

Die Hauptangaben über das Zusammenvorkommen von Psoriasis und Asthma stammen von Gaskoin u. Bulkley. Bei diesen Erkrankungen muss eine besondere Empfindlichkeit der Haut, bez. Schleimhaut vorhanden sein, welche auf Reize, seien es äussere oder innere, mit dem Auftreten des Ausschlags, bez. des asthmatischen Anfalls antwortet. Wie die angeführten Fälle zeigen, ist diese Empfindlichkeit der Haut und der Schleimhaut mitunter bei demselben Individuum vereinigt vorzufinden. Wermann (Dresden).

423. **Des alopécies atrophiques**; par Dubreuilh. (Ann. de Dermatol. et de Syph. IV. 4. p. 329. 1893.)

Brocq hat 3 Formen von atrophischer oder Narbenalopecie aufgestellt: 1) la pseudo-pélade, 2) la folliculite décalvante (Quinquaud), acné décalvante (Lailler), 3) le sycosis lupoïde (Erythema sycosiforme Unna).

Von der ersten Form theilt D. 4 Fälle mit.

1) Madame V., 36 J. alt, in einem Geschäftshaus angestellt, sehr nervös, bemerkte seit 1 J. Ausfall der Haare. Im November 1892 fand sich auf dem Scheitel und Hinterhaupt eine grosse Anzahl linsen- bis mandelgrosser kahler, narbiger Stellen, welche zum Theil geröthet und von feinsten Gefässen durchzogen waren. Sie waren ganz unregelmässig begrenzt und zeigten noch vereinzelte Haare oder kleine Büschel. Starke Seborrhöe des behaarten Kopfes. An den zuletzt erkrankten Stellen starkes Jucken. Unter Ichthyol- u. Schwefelbehandlung Nachlassen des Haarausfalls.

2) Eine 45jähr. gesunde Dame erkrankte vor 8 J. mit kahlen Stellen am Hinterhaupt, welche anfangs wuchsen, hierauf aber stationär blieben; seit 1 J. Fortschreiten des Leidens. Es fanden sich 3 grosse kahle, unregelmässig begrenzte Stellen, die eine mit unveränderter Haut, die 2 anderen mit narbig atrophischer Oberfläche, am Rande mit fein abschilfernden röthlichen Flecken.

3) 26jähr. Köchin, Beginn des Leidens 1885. Im December 1889 fand sich eine ovale kahle Stelle am Vorderhaupt; diese sollte früher mit weissen Schuppen bedeckt gewesen sein, jetzt war sie glatt, leicht eingesunken, narbig verändert und in der Mitte von feinsten erweiterten Venen durchzogen. Die meisten Follikel waren spurlos verschwunden, andere durch hornige Krusten ersetzt, an anderen wieder fanden sich kleine Einsenkungen; die randständigen Haare folgten leichtem Zuge. Im April 1890 fand sich an der Peripherie des Fleckes eine 1 cm breite rothe Zone; im Juli schien die Stelle sich zu vergrössern. Mässige Seborrhöe.

4) Eine 67jähr. Frau erkrankte vor 3 Jahren mit einer kahlen Stelle an der rechten Kopfseite, welche nach 2 Monaten wieder verheilte. ½ Jahr später kahle Stellen im Nacken; z. Z. finden sich 5 verschiedene kahle Flecke, welche z. Th. einen rothen wallartigen, schuppenden Rand aufweisen.

Die geschilderten Fälle unterscheiden sich vom Lupus erythematosus nur durch das Fehlen jeder Schmerzempfindung beim oberflächlichen Kratzen; sie weisen nur geringes Jucken auf. Die Krankheit ist als eine chronische diffuse Dermatitis anzusehen, welche zur Atrophie der Papillen, Haarfollikel und Talgdrüsen führt. Ichthyol scheint günstig zu wirken. Wermann (Dresden).

424. **Parasitologie du favus**; par Sabrazès. (Arch. clin. de Bord. II. 6—8. 1893.)

Nach ausführlicher Besprechung der Literatur berichtet S. über seine eigenen Untersuchungen. In 18 Fällen von Favus beim Menschen wurde

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

der Pilz aus den Scutulis und Haaren isolirt gezüchtet und stets derselbe Pilz gefunden, welcher trotz Verschiedenheiten in den ersten Culturen deutlich charakterisirt war. Eine Ueberimpfung gelang auf die Maus und in 3 Fällen auf Frauen, auf die der Pilz sich leichter zu verimpfen scheint, als auf Männer. Beim Hund, einem Affen, der Katze gelang die Ueberimpfung nicht. Eine ähnliche, aber doch verschiedene Art von Favus, vom Hund gezüchtet, liess sich auf den Menschen überimpfen und erzeugte ebenfalls wie der 1. Pilz Scutula; er liess sich wiederum auf Hund und Maus übertragen. Er unterscheidet sich von dem 1. Pilz, dem Achorion Schoenleinii durch die Culturen und die Struktur und Färbung: Oospora canina Cost. — Sabrazès — und ist bisher noch nicht beschrieben. Der Favus des Huhns nimmt eine besondere Stellung ein. Es giebt demnach verschiedene Favuspilze und 2 davon erzeugen Scutula auf der menschlichen Haut. Ueber die botanische Classifikation der 3 Pilze hat sich Constantin ausgesprochen. Der 1. Pilz ist derselbe, welchen Kral, Mibelli und Plaut beschrieben haben; das Achorion dichroon Unna ist damit identisch. Das Achorion euthythrix und atakton Unna bilden eine Gruppe für sich, dagegen scheint die Mehrzahl der von Neebe und Unna beschriebenen Favuspilze nach einer grossen Zahl vergleichender Untersuchungen S.'s vorübergehende Erscheinungsformen ein und desselben Pilzes zu sein. Wermann (Dresden).

425. **Etude morphologique des champignons du favus**; par Constantin et Sabrazès. (Arch. de Méd. expérim. etc. V. 3. p. 354. 1893.)

C. u. S. beschreiben die Culturen, den Pilz und die Scutula des Favus vom Menschen, vom Hund und vom Huhn. Morphologisch lassen sich danach 3 verschiedene Arten von Favus unterscheiden. Der Favus vom Menschen und der vom Hund sind sehr ähnlich, sie unterscheiden sich aber durch das Aussehen der Culturen, die Struktur des Pilzes und seine Färbung. Der Favus des Huhns ist ein vom Favus des Menschen und des Hundes wesentlich verschiedener Pilz und nimmt einen besonderen Platz ein. Wermann (Dresden).

426. **Kritische Bemerkungen zum Pleomorphismus der Achorionarten**; von Neebe und Unna. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVII. 9. p. 462. 1893.)

N. und U. wenden sich gegen den Vorwurf von Sabrazès, dass sie auf den Pleomorphismus des Favuspilzes nicht genügende Rücksicht genommen hätten, und dadurch zur Aufstellung der 9 verschiedenen Achorionarten gelangt wären. Gerade durch die Beseitigung der störenden Faktoren (chemische Zusammensetzung und physikalische Beschaffenheit des Nährbodens, Temperatur), welche schon bei geringen Verschiedenheiten zu ganz verschiedenen Befunden führen können, haben N. und U. ihre Resultate erlangt. Alle Pilze wurden auf demselben Nährboden von derselben Abkochung geprüft und im Falle irgend eines Zweifels an ihrer Verschiedenheit wurden sie auf einer Platte nebeneinander geimpft und verglichen; zu den Kartoffelculturen wurde stets eine einzige grosse Kartoffel verwendet, und stets bei einer Temperatur von 37° C. gearbeitet. N. und U. stellen die Forderung, dass die von ihnen eingehaltenen Vorsichtmaassregeln befolgt werden. Wermann (Dresden).

427. **Zur Frage der sogenannten Psorospermose folliculaire végétante Darier**; von Pawloff. Mit 2 Tafeln. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. II. Erg.-Heft p. 195. 1893.)

1) Eine 16jähr. Bäuerin erkrankte in ihrem 4. Jahre mit einem symmetrisch über den Körper vertheilten Ausschlag, welcher unter wechselnder Besserung und Verschlimmerung bis heute besteht. Man sieht auf gerötheter Haut kleine Knötchen, welche mit graugelben Krusten besetzt sind; am Hals, in der Achselhöhle, am Bauch und an der Innenseite der Oberschenkel fliessen sie zusammen und verleihen der Haut das Aussehen von Chagrinleder. Beim Abkratzen der sehr fest sitzenden Schuppen tritt eine leicht geröthete oder graugelbe unebene Fläche hervor; mitunter kommt es zu einer feinen Blutung. Am Handrücken sind die Knötchen grösser und flacher, von bräunlicher Farbe und gleichen mehr Papeln; die Handteller sind schwielig verdickt; die Nägel erscheinen kürzer, dicker, am Rande zackig und auf der Oberfläche von Furchen bedeckt. Am Fusse dieselben Veränderungen. Ein grosser Theil der Knötchen enthält ein central stehendes Härchen; der Haarboden ist uneben und mit reichlichen hellgelben, stecknadelkopfgrossen Krusten besetzt. Seit Kurzem besteht starke Schweissbildung.

2) Eine 28jähr. Bäuerin leidet seit Geburt an ihrer Hautkrankheit. Die Kopfhaut ist mit vereinzelten stecknadelkopfgrossen Krusten besetzt, über den Augenbrauen finden sich unregelmässige rothe Flecke mit dicken hellgelben Krusten, nach deren Abhebung eine rothe nässende Fläche zu Tage tritt; gleiche Krusten finden sich an den Wangen, an den Ohren und am Kinn. Ausserdem im Gesicht verstreute rothbraune Knötchen und Sommersprossen, welche sich auch auf den Vorderarmen vorfinden. Im Uebrigen gleicht der Fall dem vorigen. Starke Schweissabsonderung an den Händen, Füssen und Achselhöhlen. Geringes Jucken.

Diese dem Typus der Darier'schen Krankheit entsprechenden Ausschläge sollen durch die Einwanderung von Parasiten (Coccidien oder Psorospermien) entstehen. P. unterzog einige Hautstückchen, welche die charakteristischen Knötchen enthielten, einer mikroskopischen Untersuchung. Er konnte den Befund von Darier und den übrigen Untersuchern insoweit bestätigen, als sich eine Hypertrophie der gesammten Epidermis vorfand. Die in verschiedenen Schichten befindlichen Grains und Corps ronds Darier's, welche dieser für Parasiten ansah, hält P. in Uebereinstimmung mit Buzzi, Miethke und Boeck für verhornte oder in Verhornung begriffene grosse Epithelzellen, bei denen die Verhornung in abnormer Weise von Statten geht. P. betrachtet demnach die Erkrankung als eine rein trophische Störung, welche als Symptom einer complicirten Allgemeinstörung aufzufassen ist, deren Ursache vermuthlich im Nervensystem liegt. Wermann (Dresden).

428. **Ueber die sogenannten „Psorospermien" der Darier'schen Krankheit**; von W. Petersen. Mit 1 Tafel. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 15. p. 477. 1893.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

P. untersuchte einen in der Bonner Universitätsklinik beobachteten Fall von Darier'scher Krankheit, sowie ihm von Boeck, Darier und Buzzi zugestellte excidirte Stücke und gelangte in Uebereinstimmung mit Boeck, Buzzi, Miethke und Krösing zu dem Resultat, dass die von Darier beschriebenen „corps ronds" und „grains" nicht als Psorospermien, sondern als Degenerationsformen von Epidermiszellen aufzufassen sind. Es sprechen dafür folgende Thatsachen:

1) Finden sich zwischen den genannten Gebilden und den Epidermiszellen alle Uebergangsformen; 2) ist eine intracelluläre Lagerung nur selten zu beobachten und alsdann durch rein mechanische Verhältnisse erklärbar; 3) sind die „corps ronds" in den Efflorescenzen der Darier'schen Krankheit nicht constant zu finden; 4) finden sich gleiche oder sehr ähnliche Gebilde bei verschiedenen anderen Hyper- und Parakeratosen, wo ihre Herkunft von den Epidermiszellen noch deutlicher ist; 5) enthalten sie in bestimmten Stadien Keratohyalin und Eleidin; 6) zeigen sie weder im Präparat, noch im Brütofen Formen, welche mit den Entwickelungstadien bekannter Psorospermien übereinstimmen; 7) fielen Uebertragungs- und Culturversuche negativ aus. Wermann (Dresden).

VI. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

429. **Du molluscum pendulum de la vulve**; par P. Mauclaire. (Ann. de Gynécol. XL. p. 408. Déc. 1893.)

Das Molluscum pendulum ist eine gestielte fibröse Hautgeschwulst, welche ihren Sitz auf den grossen Schamlippen hat. Ursächlich kommen Erblichkeit und Verletzungen in Betracht. Auch bestehen gleichzeitig oft andere Mäler. Die Geschwulst kommt auch epidemisch vor, doch ist ein Virus bisher nicht mit Sicherheit festgestellt. Alle bindegewebigen Formbestandtheile der Haut sind in der Geschwulst vertreten. Bei langsamem Wachsthum zeigen die Gefässe der Geschwulst den normalen Bau, bei sehr schnellem Wachsthum behalten sie den embryonalen Zustand; die Geschwülste bluten dann sehr leicht oder zerfallen geschwürig. Im Uebrigen ist die Geschwulst gutartiger Natur, obwohl eine sarkomatöse Umwandlung vorkommen kann.

Therapeutisch kommt nur die Ausschneidung in Betracht. Präger (Chemnitz).

430. **Zur Warnung beim Gebrauche von Scheidenpessarien.** *Bericht über die Casuistik einiger deletärer Nebenwirkungen unzweckmässiger, vernachlässigter und vergessener Scheidenpessarien auf Grund von 242 Fällen aus der Literatur und Praxis* (nebst Nachtrag Fall 243—247); von Franz Ludwig Neugebauer in Warschau. (Arch. f. Gynäkol. XLIII. 3. p. 373. 1893.)

Vorliegende Zusammenstellung wird jeder Leser gewiss um einige interessante Fälle aus der eigenen Praxis bereichern können; sie verdient es um so mehr im Original gelesen zu werden, als zu den meisten dieser eigenen Fälle Pendants in der Sammlung vorhanden sein dürften. Perforation eines Pessars in den Mastdarm kam in 23 Fällen vor; isolirte Perforation eines Scheidenpessars in die Harnblase in 20 Fällen. Perforation von Mastdarm und Harnblase 10mal. Todesfälle in Folge der vom Pessar ausgehenden Erkrankung sind 8 beschrieben. Sehr zahlreich sind die Fälle von Occlusio Pessarii. Von den Pessaren sind die mit Flügeln versehenen die gefährlichsten, doch giebt es kein einziges Pessar, welcher Form und Grösse und aus welchem Materiale es auch sei, das nicht Unheil stiften könnte, wenn es falsch eingelegt, nicht gehörig rein gehalten und nicht genügend häufig controlirt wird. Bei der Entfernung eingewachsener Pessare wird man nach den gewöhnlichen chirurgischen Grundsätzen vorzugehen haben und einem glatten Messerzuge vor der rohen Gewalt den Vorzug geben.

Brosin (Dresden).

431. **Casuistischer Beitrag zur operativen Behandlung der in Folge von Gynatresien auftretenden Hämatosalpinx mit besonderer Berücksichtigung der Salpingotomie**; von Edward v. Meyer. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 39. 1893.)

Der erste von v. M. mitgetheilte Fall von Atresia hymenalis mit Hämatocolpos und -metra, in dem durch Spaltung des Hymen Heilung erzielt wurde, bietet nichts besonders Bemerkenswerthes, dagegen ist der 2. Fall interessant.

21jähr. Mädchen. Menstruation seit dem 14. Jahre. Seit 8 Wochen Druckgefühl in der rechten Bauchseite. Abmagerung. Bei der Untersuchung fand sich am rechten und hinteren Scheidengewölbe eine weichelastische Geschwulst, die sich nach oben bis zur Höhe der Spina ilei biscuitartig fortsetzte, eine 2. Geschwulst dreiquerfingerbreit über der Schamfuge, endlich der Gebärmutterkörper nach links verlagert, 6 cm weit für die Sonde durchgängig. Die Diagnose: Hämatosalpinx rechts oder Hydrosalpinx neben rechtseitiger Eierstockgeschwulst möglicherweise tuberkulöser Natur, bestätigte sich beim am 11. Oct. 1890 vorgenommenen Bauchschnitt nicht. Es fand sich vielmehr ein Uterus bicornis unicollis vor mit rechtseitiger Hämatometra und -salpinx. Cystische Degeneration des rechten Eierstocks mit halber Achsendrehung des dem Eileiterende zugewendeten Theiles und Nekrobiose desselben, links katarrhalische Schwellung des Eileiters und kleincystische Entartung des Eierstocks.

Eileiter- und Eierstockgeschwulst rechts, sowie die linkseitigen Anhänge wurden entfernt, das rechte Uterushorn wurde zurückgelassen. Verlauf glatt.

Nach der Zusammenstellung v. M.'s sind sämmtliche 9 Salpingotomien bei einfachem (5) und bei doppeltem (4) Uterovaginalkanal gut ausgegangen. Für die Operation stellt er folgende Anzeigen auf: Der Bauchschnitt ist vorzunehmen, 1) wenn eine Blutgeschwulst des Eileiters festgestellt ist, bei hochsitzenden Verschlüssen und Missbildungen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

der Gebärmutter, bez. Fehlen der Scheide. 2) Wenn die Untersuchung eine genaue Diagnose der Geschwulst nicht ergiebt, jedoch die starken Molimina menstrualia auf einen Bildungsfehler oder einen hochsitzenden Verschluss mit Zurückhaltung des Menstrualblutes hinweisen. 3) Wenn nach Eröffnung einer Blutansammlung in der Scheide oder Gebärmutter noch Geschwülste zurückbleiben, die als Blutansammlungen im Eileiter gedeutet werden müssen und sich auf dem normalen Wege nicht entleeren können.

Die Entfernung der Eierstöcke geschlechtsreifer Frauen ist bei rudimentärer Gebärmutter berechtigt. Die Hämatometra kann zurückgelassen werden, da sie sich zurückbildet, auch wenn sie sich nicht entleeren kann. Präger (Chemnitz).

432. **Nouvelle opération applicable à la sténose congénitale du col de l'utérus**; par S. Pozzi. (Ann. de Gynécol. XL. p. 407. Déc. 1893.)

Bei den angeborenen Verengungen des äusseren Muttermundes wendet P. folgende Operation an.

Durch Scheerenschnitte werden vordere und hintere Muttermundlippe von einander getrennt. Aus den beiden Wundflächen jeden Lappens wird ein prismatisches dreieckiges Stück (Spitze nach unten!) ausgeschnitten. Dann wird die äussere Schleimhaut mit der Schleimhaut des Halskanals durch Silberdrahtnähte, welche auf Bleiplatten geknüpft werden, vernäht.

Durch die Heilung per primam intentionem sollen alle Nachtheile fernbleiben, die sich sonst an Gebärmutterhalsrisse, die während der Geburt entstanden sind, anschliessen. Präger (Chemnitz).

433. **Klinische Betrachtungen und bakteriologische Untersuchungen über Tympania uteri**; von Dr. C. Gebhard in Berlin. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVI. 2. p. 480. 1893.)

G. stellt die Ansicht auf, dass das Eindringen von Luft in den Uterus nicht nöthig sei zum Zustandekommen der Tympania uteri im engeren Sinne, sowie ferner, dass das Eindringen von Luft in den Uterus nur in seltenen Fällen Tympania uteri im engeren Sinne bewirke. In 6 Fällen von Tympania uteri konnte G. ein und denselben Bacillus züchten, der im Stande war, unter günstigen Umständen Gas zu entwickeln, und der nach G.'s Untersuchungen identisch ist mit dem Bacterium coli commune.

Durch Infektion mit dem Bacterium coli commune erklärt sich nach G. nicht allein die Entstehung des Gases in utero, sondern auch das Fieber und die schweren Allgemeinerscheinungen, ja selbst der Tod bei Tympania uteri können durch diesen Mikroorganismus, dessen Virulenz dem menschlichen Körper gegenüber erwiesen ist, bedingt sein.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

434. **Ein Fall von Teratom des linken Ovariums mit intraabdominaler Darmwandeinklemmung und Bildung einer Kothfistel.** *Dreimalige Operation, Heilung;* von Dr. Sieveking. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 50. 1893.)

Die 14jähr. Kranke war im Januar 1891 unter den stürmischsten Erscheinungen akuten Darmverschlusses erkrankt und hatte nach spontanem Zurückgehen (Kataplasmen) der bedrohlichen Erscheinungen und nach Eröffnung einer nach 4 Wochen entstandenen wallnussgrossen Geschwulst in der Mitte des linken Lig. Poupartii eine Kothfistel zurückbehalten. Die Aufnahme in die Strassburger Klinik erfolgte im October 1892. Die in Narkose vorgenommene Untersuchung ergab das Vorhandensein eines mannsfaustgrossen Tumor, welcher beweglich im Beckeneingang lag und dessen Verhältniss zum Genitaltractus nicht zu ermitteln war. Die Cirkulationstörungen in den Bauchwandvenen wurden auf die Compression der Vena cava inf. durch den Tumor bezogen.

Die wegen des elenden Zustandes dreizeitig vorgenommene Operation war folgende:

Zunächst Erweiterung der Fistel nach der Mitte zu um 5 cm, nach aussen um 2 cm mit dem Thermokauter. Die Untersuchung ergab nun 2 durch einen Sporn getrennte Darmlumina und medianwärts einen polypösen harten Knollen, der an einem grossen Tumor beweglich festsass. Wegen reichlicher Entleerung aus dem oberen Darmlumen wurde die Operation unterbrochen. Während vor der Operation nur dünner, nach Koth riechender Brei aus der Fistel entleert wurde und die Fäces per anum abgingen, entleerte sich nach der Operation aller Koth durch die Fistel und nur alle 6 Tage erfolgte geringe Stuhlentleerung per anum.

In den nächsten Wochen wölbte sich der Tumor, welcher anfangs als Conglomerat von Darmschlingen imponirte, langsam durch die Bauchwunde hervor und wurde als Teratom erkannt, als am 18. November ein Bündel deutlicher Haare sichtbar wurde.

Entfernung dieses Tumor mit Eröffnung des Peritonaeum am 24. November und zweier kleiner Tumoren, welche gleich dem grösseren am linken Tubenwinkel festsassen.

Gebärmutter selbst normal, linkes Ovarium fehlte, das rechte war nicht zu erreichen. Die grosse Brüchigkeit der Darmwand verbot den Verschluss der Kothfistel durch einfache Naht ohne Lösung des verlötheten Darmes; deshalb Jodoformtamponade der Peritonäalhöhle. Bei aseptischem Heilverlauf zusehends Erholung der Patientin und Zurückgang der cirkulatorischen Störungen.

Beseitigung der Kothfistel endlich am 11. Jan. 1892: nach Anfrischung der Darmwand Schluss des keilförmigen Defektes mittels Czerny'scher Darmnaht und Versenkung des Darmes in die Bauchhöhle. Am 16. Jan.: 1 Stuhl; Entlassung am 26. Februar. Die Kr. anfänglich bei bestem Allgemeinbefinden, wurde, wie S. in einer nachträglichen Bemerkung erwähnt, im Juli desselben Jahres wegen ausgedehnter Recidive von Neuem in die Klinik aufgenommen.

Durch die pathologisch-anatomische Untersuchung (v. Recklinghausen) wurde festgestellt, dass es sich um einen im ganzen Aufbau an fötale Genitaldrüsenanlage, namentlich an das Wolff'sche Organ erinnernden Tumor handelte.

In der Nebenmasse des Tumor liess sich am freien Ende eine deutliche Tube nachweisen, an deren Ostium abdominale sich schmale Fimbrien fanden, die am freien Ende jeweils ein Kalkkorn enthielten. Die kleineren Knollen, in denen sich die Tube verlor, wiederholten die Struktur der fötalen Genitaldrüsenanlage. Deutliche Zähne fehlten; in den an die Oberfläche hervorragenden harten Spitzen waren Knochenstückchen nachzuweisen.

Zimmermann (Sarbrücken).

435. **Ein Fall von Teratoma ovarii bei einem $3^3/_4$ Jahre alten Mädchen**; von Karl Doranth in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 48. 1893.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

44 Mon. altes Mädchen. Seit 3 Mon. Anschwellung des Leibes. Vor 4 Wochen Fieber und starke Schmerzen. Bei der Aufnahme wurde eine die linke Bauchhälfte einnehmende Geschwulst, in der Lendengegend besonders hervorragend, und mit dieser zusammenhängend eine zweite faustgrosse Geschwulst, die in die rechte Bauchhälfte hinüberragte, gefunden, und die Diagnose, da die Geschwulst gegen das kleine Becken abgegrenzt schien, auf eine linkseitige Nierengeschwulst gestellt.

Am 9. Juli 1893 wurde von Gersuny eine grosse linkseitige Eierstockgeschwulst entfernt. Das verwachsene grosse Netz und drei geschwollene Lymphdrüsen wurden mit herausgenommen. Die Geschwulst bestand aus 2 Theilen, die zahlreiche Cysten enthielten. In den Geschwulststücken fanden sich Haare, Zähne, Fettgewebe, Knorpel, Muskelfasern u. s. w. Vom 2. bis 4. Tage nach der Operation Fieber. Bauchdeckenabscess. Dann Genesung. Präger (Chemnitz).

436. **Hermaphroditisme. Double kyste dermoïde des ovaires, dont un très volumineux. Kyste parovarique du coté du gros dermoïde. Ablation. Ligature en chaîne des pédicules. Guérison**; par Léon Audain. (Ann. de Gynécol. XL. p. 362. Nov. 1893.)

Der Fall betrifft eine 29jähr. Frau. Starker Bartwuchs, die Clitoris war fingerlang und 3 cm dick.

Bauchbefund: Rechts fand sich ein faustgrosses Dermoid mit zahlreichen Verwachsungen. Die linke grössere Dermoidgeschwulst bestand aus einer 5—6 Liter schwarzer Flüssigkeit haltenden Cyste und einer 2 kg schweren festen Masse. Die Geschwulst enthielt Zähne, Haare u. s. w. Ausserdem wurde noch eine Parovarialcyste der linken Seite entfernt. A. wirft die Frage auf, ob nicht der Hermaphroditismus hier bedingt sei durch die pathologische Veränderung des Eierstocks schon während des embryonalen Lebens. Nach der histologischen Untersuchung hält er die entfernte grosse Geschwulst nicht für eine einzige, sondern für eine „multiple Dermoidcyste". Interessant ist die in der Geschwulst entdeckte braune Färbung der tieferen Zellenlagen des Corp. Malpighii; die Kranke war Mulattin. Präger (Chemnitz).

437. **Ueber maligne Ovarialtumoren mit Bildung von Primordialeiern**; von R. Emanuel, Frauenarzt in Berlin. Aus Dr. J. Veit's gynäkolog. Privatanstalt. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 1. p. 62. 1893.)

Beobachtungen, bei welchen nach Exstirpation von Ovarialtumoren Metastasen *ausserhalb* des Peritonaeum vorkommen, sind sehr selten; E. theilt deshalb folgenden Fall mit:

60jähr. Frau. Vor 15 Jahren Ovariotomie, von C. Schröder ausgeführt, Exstirpation eines bis 3 Querfinger unter den Nabel reichenden Cystoms. Bis Anfang Sept. 1892 fühlte sich die Kr. gesund; zu dieser Zeit brach die alte Laparotomiewunde im unteren Winkel auf und es entleerte sich blutig-seröse Flüssigkeit. Die Untersuchung ergab eine sehr derbe Infiltration der alten Laparotomienarbe, rechts vom Nabel in der Bauchhaut ein erbsengrosses nicht verschiebbares Knötchen, Schwellung der rechtseitigen Inguinaldrüsen, hinter dem Uterus im kleinen Becken einen 2faustgrossen höckrigen Tumor (malignen Ovarialtumor). Am 28. Sept. 1892 Laparotomie: Entfernung des linkseitigen Ovarialtumor, Exstirpation der Bauchdeckeninfiltration, des Knötchens in den Bauchdecken und der rechtseitigen Inguinaldrüsen. Geheilt entlassen am 19. Oct. 1892. Im April 1893 Recidiv in der Bauchnarbe.

Der exstirpirte Ovarialtumor bot zum Theil das typische Bild des Adenoms, ausserdem enthielt er echte carcinomatöse Bildungen, an anderen Stellen war wieder eine stärkere Betheiligung des Bindegewebes vorhanden. Besonders in den papillären Zellwucherungen fielen zwischen den Zellen eigenthümlich grosse, kreisrunde scharfcontourirte Zellen mit sehr grossen bläschenförmigen Kernen und einem homogenen durchsichtigen Protoplasma auf, welche den als Primordialeiern beschriebenen Zellen ausserordentlich ähnlich waren. In der Bauchnarbeninfiltration waren diese eigenartigen Zellen, wenn auch in viel geringerer Zahl, ebenfalls vorhanden.

E. berichtet fernerhin noch über eine vor 4 Jahren von J. Veit operirte 51jähr. Frau; Exstirpation beiderseitiger Ovarialcarcinome, 4 Monate nach der Operation Tod an einem sich schnell entwickelnden Recidiv. Auch in diesen Tumoren wurden bei der mikroskopischen Untersuchung die oben beschriebenen embryonalen Primordialeier gefunden.

Im Weiteren bespricht E. den beiden Tumoren gemeinsamen und wichtigsten mikroskopischen Befund, nämlich das Vorkommen der als Primordialeier gedeuteten Zellen, welche sich in den epithelialen Bestandtheilen der Geschwülste, sei es nun der drüsigen, papillären oder soliden Bildungen, vorfanden. E. glaubt, anknüpfend an die namentlich von Waldeyer ausgesprochenen Anschauungen, dass sich bei der specifischen Thätigkeit des Keimepithels sehr wohl die Produkte desselben, die Primordialeier, speciell in Ovarialcarcinomen ausbilden können.

In praktischer Beziehung hebt E. die Wichtigkeit einer genauen mikroskopischen Untersuchung der exstirpirten Ovarialgeschwülste hervor und stellt die Forderung auf, bei Ausrottung der als bösartig erkannten Geschwulst des einen Ovarium auch den anderen, vielleicht gesund erscheinenden Eierstock ebenfalls zu entfernen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

438. **Ueber den Mechanismus der Axendrehung bei Ovarialgeschwülsten**; von G. Bachmann. (Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte XXIII. 19. p. 652. 1893.)

Im Anschluss an die Beobachtung eines Falles von doppelseitigem Ovarialkystom, in welchem die grössere rechtseitige Cyste einen 3mal links spiralig gedrehten Stiel mit beginnender Gangrän der Wand zeigte, bespricht B. die Lehre von der Achsendrehung der Ovarialgeschwülste. Bei Lageveränderung der Kr. waren die Bewegungen der Ovarialcyste im B.'schen Falle direkt zu beobachten.

Nicht jede Ovarialgeschwulst ist nach B. der Achsendrehung fähig und nicht jede, die dazu fähig ist, erleidet auch eine solche. Zum Zustandekommen der Achsendrehung sind nach B. folgende Eigenschaften und Bedingungen nothwendig: Die Geschwulst muss überhaupt beweglich, darf also nicht mit der Umgebung verwachsen sein. Die Geschwulst muss eine ziemlich ansehnliche Grösse haben. Die Form der Geschwulst muss eine mehr oder weniger rundliche sein. Der Stiel muss durch seine Beschaffenheit eine Drehung ermöglichen. Sind diese Bedingungen erfüllt, so kann eine Achsendrehung zu Stande kommen, wenn die Kranke sich aus der mehr oder weniger horizontalen Rückenlage auf die eine oder die andere Seite dreht.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Zur Verhütung des Zustandekommens einer Achsendrehung empfiehlt B. deshalb, den Kranken mit Ovarialgeschwülsten Anweisungen zu geben, wie sie sich legen und wie sie aufstehen sollen. „Die Patientin muss nämlich direkt über die Fläche sich auf den Rücken legen und nicht etwa mit der rechten oder linken Seite voraus und ebenso muss sie direkt nach vornüber — über die Fläche — und nicht etwa in sagittaler Richtung aus dem Bette steigen. Im Bette selbst muss sie stets auf dem Rücken liegen und darf sich niemals auf die Seite legen." B. hält dies für die sicherste Art, Achsendrehungen zu verhüten.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

439. **De la réunion immédiate secondaire au moyen de fils d'attente de la plaie de laparotomie au niveau de l'ouverture nécessitée par le drainage abdominal;** par J. Fabre, Lyon. (Annal. de Gynécol. XL. Oct. 1893.)

Gegenüber den grossen Vortheilen, die die Drainage der Bauchhöhle bei Blutungen oder bei nicht reinlichen Operationen (bei Austritt von Cysteninhalt oder Eiter in die Bauchhöhle) bietet, steht die Unannehmlichkeit, dass kleine Fisteln zurückbleiben oder Bauchbrüche an der Drainstelle entstehen. Vermeiden lässt sich dies durch Secundärnaht der offenen Stelle der Bauchwunde nach dem Vorschlag Laroyenne's. Er legt beim Schluss der Bauchwunde an der Drainrohrstelle 2 Silberdrahtnähte durch die ganze Dicke der Bauchwand und ausserdem mehrere Chromgutnähte durch die Aponeurose, besondere Fäden auf jede Seite der Wunde, damit sie nicht die Tamponade hindern. Die Nähte werden nach Entfernung der Gaze geknüpft.

[Ref. kann die Sekundärnaht der Drainstelle aus eigener Erfahrung empfehlen.]

Präger (Chemnitz).

440. **La suture abdominale après la laparotomie**; par N. Ratchinsky, St. Pétersbourg. (Annal. de Gynécol. XL. Sept. 1893.)

Zur Verhütung von Bauchbrüchen nach Bauchschnitten wird in der Abtheilung von Ott's die Bauchnaht ähnlich wie sie Wylie vorgeschlagen, jedoch mit einigen Abänderungen, ausgeführt.

Zwischen je 2 tiefen, die ganze Dicke der Bauchdecken fassenden starken Seidennähten werden versenkte Nähte von feiner sterilisirter Seide angelegt, welche nur gerade Bauchmuskeln und Aponeurose fassen. Die Naht bewirkt eine parallele Vereinigung der Wundränder. Die tiefern Nähte brauchen weniger stark als bei gewöhnlicher Naht geschnürt zu werden, die Quetschung des Gewebes ist folglich geringer. Die doppelte Naht der Muskulatur und Fascie erzielt ein besseres Aneinanderlegen der entsprechenden Theile der Wundränder. Die versenkten Nähte endlich geben der jungen Narbe bis zur Aufsaugung der Seide Schutz.

Ueber Dauererfolge kann R. noch nicht berichten, da die Naht erst seit einem Jahre in der Anstalt angewendet wird, doch bestätigte in 2 Fällen der Leichenbefund die genaue Vereinigung von Muskeln und Fascie trotz starker Ausdehnung der Bauchdecken.

Präger (Chemnitz).

441. **Gegenwärtiger Stand der Frage bezüglich der inneren Untersuchung inter partum**; von Dr. L. Kessler in Dorpat. (Petersb. med. Wchnschr. XVIII. 40. 1893.)

Nach eingehender Besprechung der Ansichten von J. Veit und Hofmeier kommt K. zum Schluss, dass in der Privatpraxis die prophylaktische innere Desinfektion nur bei sicher erkannter pathologischer Beschaffenheit des Scheidensekrets oder bei voraussichtlich verzögertem Geburtsverlauf, namentlich wenn öftere Wiederholung innerer Untersuchung wahrscheinlich erscheint, erforderlich ist. Die Desinfektion soll in diesen Fällen gründlich und ganz sorgsam wie vor schweren Operationen erfolgen. In allen anderen Fällen ist die Scheide möglichst in Ruhe zu lassen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

442. **De l'influence des noeuds du cordon sur la circulation foetale**; par R. Lefour, Bordeaux. (Arch. clin. de Bordeaux XII. 8. p. 365. Août 1893.)

Veranlasst durch einen in seiner Hausarztpraxis beobachteten Fall — eine 12.-Gebärende, bei der jede constitutionelle Erkrankung ausgeschlossen war, gebar eine faultodte Frucht, deren Nabelschnur einen sehr fest geknüpften Knoten zeigte — nahm L. Thierversuche vor, die ihn zu folgenden Schlüssen führten: Die Nabelschnurknoten können den Tod der Frucht herbeiführen, besonders wenn auf den Knoten noch ein Druck ausgeübt wird. Der Tod kann veranlasst werden, 1) durch einfache mechanische Verhinderung des Kreislaufs in der Nabelschnur, 2) durch Thrombose in Folge von Veränderung der Gefässwände.

Präger (Chemnitz).

443. **Ueber einen Fall von Geburtshinderniss, bedingt durch hochgradige Erweiterung der fötalen Harnblase**; von Dr. G. Schwyzer, Zürich. (Arch. f. Gynäkol. XLIII. 2. p. 333. 1893.)

Dieser Fall reiht sich 12 Fällen gleicher Art an, die bisher in der Literatur bekannt geworden sind.

Es handelte sich um eine männliche Frucht aus dem 7. Monat, die, stark ödematös, im Abdomen und namentlich in der Harnblase eine grosse Flüssigkeitsmenge, über 6 Liter, enthielt. Als Ursache der Flüssigkeitsansammlung, die den Umfang der Frucht am Rumpf und am Abdomen auf 65 cm steigen liess, war die unvollkommene Bildung der Harnröhre anzusehen, von der nichts als ein Anfangstheil, 15 mm, und ein glanduläres Stück von $1^1/_2$ mm zu sondiren war. Da ausserdem Atresia ani bestand und der Darm mit seiner Oeffnung in die Harnblase mündete, so ist die Entwicklung der Anomalie in eine Zeit zu verlegen, wo der Enddarm mit der aus seiner vorderen Wand hervorgegangenen Allantois noch in unmittelbarem Zusammenhange steht und eine Verbindung dieser von Entoderm umschlossenen Höhle mit der Aussenhaut noch nicht vorhanden ist.

Die Geburt der Frucht machte bedeutende Schwierigkeiten; nachdem der Kopf durch die Zange

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

vom Rumpf gelöst war und auch die Extremitäten nachgaben, gelang die Entwicklung erst nach Eröffnung der Bauchhöhle und Harnblase. Die Diagnose vor der Geburt wird sich in ähnlichen Fällen vielleicht durch den grossen Bauchumfang in relativ früher Zeit der Schwangerschaft und durch den palpatorischen Befund stellen lassen, wenn Zwillingschwangerschaft und Hydramnion ausgeschlossen werden können. Brosin (Dresden).

444. **Ueber Zwergbecken**; von G. Boeckh in Karlsruhe. (Arch. f. Gynäkol. XLIII. 2. p. 347. 1893.)

Es giebt zwei Arten von Zwergen: proportionirte und unproportionirte (rhachitische oder durch Wirbelverbiegungen verkrüppelte) Zwerge. Den 6 bekannt gewordenen und hier im Auszug mitgetheilten Geburtsgeschichten bei Zwerginnen der ersteren Klasse schliesst B. die Beschreibung des Beckens einer derartigen Zwergin an. Das Skelet befindet sich in der Heidelberger Sammlung; es stammt von einer 108 cm hohen Frau, bei der Naegele die Frühgeburt mit unglücklichem Ausgang für Mutter und Kind eingeleitet hatte. Dem Becken muss ein Platz zwischen dem allgemein und gleichmässig verengten und dem infantilen angewiesen werden. An das erstgenannte erinnert die Configuration des grossen Beckens und des Beckeneinganges, an das jugendliche Becken erinnern die Leichtigkeit, Zartheit, sowie die meist knorpelige Verbindungsart der Beckenknochen, ferner die Schmalheit der Kreuzbeinflügel und der gestreckte Verlauf des Kreuzbeins, namentlich aber die bedeutende Verjüngung des kleinen Beckens nach dem Ausgange zu.

Von Geburtsgeschichten bei unproportionirten Zwerginnen liegen in der Literatur 5 vor. Eine 6. entnimmt B. der Heidelberger Frauenklinik. Es handelte sich um eine Zwergin von nur 97 cm, die in der Jugend schwere Rhachitis durchgemacht hatte. [Da die Geburt zu Anfang des sechsten Schwangerschaftmonats stattfand, so ist ihr ein besonderes Interesse nicht abzugewinnen. Ref.]

Brosin (Dresden).

445. **Ueber die Atrophie des Uterus nach puerperaler Erkrankung**; von Dr. Emil Ries. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 1. p. 38. 1893.)

R. berichtet über 4 Fälle von puerperaler Atrophie; theils in Folge allgemeiner Kachexie, theils in Folge örtlicher Vorgänge, und zwar Peri- und Parametritiden sowohl wie Endometritis. Erkrankung der Ovarien hat in keinem der Fälle vorgelegen, so dass nach der üblichen Eintheilung alle 4 Fälle als primäre Atrophie zu bezeichnen wären.

Nach einer tabellarischen Uebersicht über die 4 Beobachtungen giebt R. in ausführlicher Weise das Resultat der mikroskopischen Untersuchung der einzelnen Uteri. Besonders bemerkenswerth ist das Fehlen der Schleimhaut, in einem Fall war von ihr auch nicht die geringste Spur mehr zu finden. Bei der Betrachtung der eventuellen weiteren Funktion dieser Uteri kommt R. zu dem Ergebniss, dass diese in weitgehender Weise gestört sei; in einem Falle wäre es voraussichtlich zu einer völligen Verwachsung der Uterusinnenflächen gekommen und eine normale Menstruation wäre wohl nie möglich gewesen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

446. **Ein Fall von akuter Nephritis beim Neugebornen**; von G. Frees. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVI. 2. p. 426. 1893.)

In der 36. bis 37. Schwangerschaftswoche geborener Knabe von 2350 g. Am 3. Tage Oedem der Beine, Ikterus, am 5. Tage taubeneigrosses Cephalhämatom. Oedem am 10. Tage verschwunden. Urin spärlich, trübe, gelbröthlich, stark eiweisshaltig, zahlreiche Cylinder. Das Körpergewicht sank bis auf 1590 g am 20. Tage. Vom 27. Tage an plötzliche Besserung, Eiweissgehalt geringer, Urinmenge reichlicher. Am 38. Tage wurde das Kind im besten Wohlsein und 2070 g schwer aus der Klinik (Giessen) entlassen.

Nach F. handelte es sich um einen Fall von parenchymatöser Nephritis; als wahrscheinliche Ursache nimmt F. an, dass die langsame Ausscheidung des Harnsäureinfarktes bei dem von Anfang an schwächlichen Kinde mit einer tiefgreifenderen Schädigung der Rinde einherging, als gewöhnlich. Auch das Cephalhämatom fasst F. lediglich als eine Folge der Nierenerkrankung auf.

F. glaubt, dass eine ausgiebigere Untersuchung des Harns uns in der Pathologie und Pathogenese der Neugeborenen noch manche wichtigen Aufschlüsse geben würde.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

447. **Ueber die Geschmacksempfindung gesunder und rhachitischer Kinder**; von D. A. Lichtenstein. Aus der pädiatr. Klinik in Graz. (Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 76. 1893.)

L. fand, dass bereits das neugeborene (auch frühgeborene) Kind die Fähigkeit besitzt, verschiedene Geschmacksqualitäten zu unterscheiden. Auch bei gesunden älteren Kindern stellte es sich heraus, dass Zucker angenehm, Chinin, Salzlösung, Salzsäure unangenehm empfunden werden. Rhachitische Kinder zeigten dagegen eine starke Herabsetzung der Geschmacksempfindung. L. hält es für möglich, dass die Blutüberfüllung des Schädels und der Hirnhäute und die Vermehrung der Cerebrospinalflüssigkeit die Entwicklung des Gehirns, hier speciell des Geschmackscentrum, bei den Rhachitischen beeinträchtigen könnten.

Brückner (Dresden).

448. **1) Ueber die Resorption und Ausscheidung des Kalkes**; von Dr. G. Rüdel. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 1. p. 79. 1893.)

2) Ueber die Resorption und Ausscheidung von Kalksalzen bei rhachitischen Kindern; von Dr. G. Rüdel. (Ebenda p. 90.)

R. überzeugte sich zunächst davon, dass die tägliche Kalkausscheidung im Harn der Kinder bei gleichmässiger Ernährung ein constante Grösse ist. Er fand bei Eingabe von kohlensaurem und essigsaurem Kalk, dass die im Harne ausgeschiedene Menge vergrössert wird, und zwar um 80 bis 126%, ziemlich unabhängig von der Menge des zugeführten Kalksalzes.

Giebt man durch Einführung von phosphorsaurem Natron dem Kalk mehr Gelegenheit, sich in eine unlösliche Verbindung umzuwandeln, so erscheint weniger Kalk im Harne. Zufuhr von Salzsäure wirkt im umgekehrten Sinne. Eine Ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

mehrung des Harnkalkes wird auch durch verminderte Darmperistaltik, bei Opiumzufuhr, bewirkt.

Bei subcutaner Injektion von Kalkacetat (bei Thieren) gingen nur Bruchtheile in den Harn über.

Bei gleicher Ernährung ergiebt die Kalkausscheidung im Harne bei gesunden wie bei rhachitischen Kindern keinen Unterschied. Bei Einführung von Kalksalzen verhalten sich gesunde wie rhachitische Kinder ebenfalls gleich, nur Kinder, bei denen die Rhachitis schon im Rückgange ist, scheiden oft mehr Kalk durch den Harn aus.

Rhachitische Kinder resorbiren also anorganischen Kalk mindestens eben so gut, wie gesunde.

V. Lehmann (Berlin).

449. **Periosteale Aplasie mit Osteopsathyrosis unter dem Bilde der sogenannten fötalen Rhachitis**; von Dr. Sigfried Müller. (Münchn. med. Abhandl. 2. Reihe. 7. Heft. München 1893. J. F. Lehmann.)

M. giebt die Lebensgeschichte und die anatomischen Veränderungen eines Kindes wieder, welches äusserlich die Kennzeichen der Rhachitis congenita trug. Die genauere Untersuchung ergab, dass es sich nicht um Rhachitis, sondern um eine eigenthümliche Störung des Knochenwachsthums (ungenügende periostale Verknöcherung, normale Ossifikation an den Epiphysen u. a. m.) handelte, welche M. ausführlich beschreibt und mit ähnlichen in der Literatur niedergelegten Beobachtungen vergleicht. Da besonders nach dem Erscheinen der Kaufmann'schen Arbeit die Frage der fötalen Rhachitis ein allgemeineres Interesse gewonnen hat, ist die Arbeit als ein willkommener Beitrag zu begrüssen. Zahlreiche Abbildungen sind dem Heftchen beigegeben.

Brückner (Dresden).

450. **Ein Fall von Ascaris bei einem dreiwöchentlichen Kinde**; von Dr. N. Miller. (Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVI. 3. p. 319. 1893.)

Bei einem dreiwöchigen Kinde entwickelte sich im Anschluss an eine Nabelgangrän ein Anus praeternaturalis, aus welchem ein 18 cm langer Spulwurm austrat. Man findet in der Literatur keinen Fall eines so frühzeitigen Auftretens von Spulwürmern. M. macht den Wurm nicht für die Entstehung des Anus praeternaturalis verantwortlich, glaubt auch nicht, dass die Anwesenheit dieses einzelnen Parasiten dem Kinde, das an einer Pneumonie zu Grunde ging, einen erheblichen Schaden zugefügt habe.

Brückner (Dresden).

451. **Beobachtungen über Monocercomonas hominis (Grassi) und Amoeba coli (Loesch) bei Kinder-Diarrhöen**; von Prof. Dr. A. Epstein. (Prag. med. Wchnschr. XVIII. 40. 1893.)

E. beobachtete bei 26 Kindern akute und chronische Durchfälle, welche seiner Meinung nach durch einen Parasiten, Monocercomonas hominis, hervorgerufen wurden. Er vermuthet, dass dieser durch das Trinkwasser übertragen wird. Bei fünf Kindern fand E. noch einen zweiten Parasiten im Stuhl, welcher der von Loesch bei der Ruhr gefundenen Amöbe glich, aber nicht so massenhaft auftrat. Besondere Eigenthümlichkeiten im Verlaufe boten die durch die Protozoen hervorgerufenen Durchfälle nicht dar. Brückner (Dresden).

VII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

452. **Bericht über die chirurgische Klinik des Geheimrath von Bardeleben für die Zeit vom 1. April 1891 bis 31. März 1892**; von Stabsarzt Prof. A. Köhler. (Charité-Annalen XVIII. p. 345. 1893.)

Der vorliegende, äusserst sorgfältige Bericht, der dieses Mal 153 Druckseiten umfasst, giebt Mittheilung über 2257 Kr., die im Berichtsjahre von der v. Bardeleben'schen Klinik und von der Nebenabtheilung für äusserlich Kranke (Oberstabsarzt Prof. R. Köhler) zur Entlassung kamen. Und zwar handelte es sich um 886 Kr. mit Verletzungen, 1168 Kr. mit Entzündungen, 122 Kr. mit Neubildungen und 81 Kr. mit Deformitäten.

Zu einer allgemeinen Durchführung der Aseptik konnte in der v. Bardeleben'schen Klinik noch nicht geschritten werden, da es an Raum fehlte, die zur Aseptik nothwendigen Apparate aufzustellen. Es wurden mit vorsichtiger Antiseptik und in allen frischen Fällen mit einer Art trockener Wundbehandlung sehr gute Erfolge erzielt. Der Köhler'sche Bericht zeichnet sich nicht nur durch eine sehr übersichtliche Zusammenstellung des Krankenmateriales aus, sondern namentlich auch dadurch dass K. an bestimmten Stellen die auf den fraglichen Gegenstand bezüglichen neueren Arbeiten möglichst ausführlich bespricht. Wir finden eine solche Besprechung bei der Wundbehandlung, ferner bei der Behandlung der Verbrennungen, der Geschwülste der Bauchdecken, der Hernien, Haemorrhoiden, Mastdarmfisteln, Harnröhrenverengungen, der Hydrocele, der Venenwunden, der Unterschenkelgeschwüre und des Tetanus.

P. Wagner (Leipzig).

453. **Ueber die moderne Wundbehandlung mit besonderer Rücksicht auf complicirte Frakturen**; von Prof. Wölfler in Graz. (Mittheil. d. Ver. d. Aerzte in Steiermark 7. 1893.)

Die Erfahrungen W.'s beziehen sich auf 107 Fälle von complicirter Fraktur: 19 Kr. wurden in statu septico aufgenommen, 88 waren fieberfrei. Von diesen letzteren starben 3, und zwar 2 an Wundstarrkrampf und 1 an Sepsis. Nur bei 19 Kr. wurde das Debridement im Sinne v. Volkmann's ausgeführt; 68 Kr. wurden vollkommen conservativ behandelt.

Die praktische Nutzanwendung, welche wir auf Grund unserer bisherigen Kenntnisse über das Wesen der Wundheilung zu berücksichtigen haben, fasst W. in folgenden Sätzen zusammen: 1) Auch heute soll die Operation cito, tute und jucunde ausgeführt werden. 2) Die gefährlichsten Feinde der Wunde sind die Hände und Tupfer; beide sollen so selten als möglich die Wunde berühren. 3) Die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Wunde soll so viel als möglich trocken behandelt werden. 4) Die Gewebe sollen vor Quetschung bewahrt werden, Entstehung todter Räume ist zu vermeiden. 5) Abspülungen der Wunde mit sterilisirtem Wasser oder schwachen Antiseptica sind gestattet, unter Umständen sogar nothwendig. 6) Die Drainage ist bei einfachen Wundverhältnissen erlässlich, bei complicirten der Vorsicht wegen angezeigt; ausnahmeweise offene Wundbehandlung mit Tamponade durch atoxische oder antiseptische Stoffe. 7) Die vereinigte Wunde ist mit keimfreien Verbandstoffen zu bedecken. 8) Nicht blos der Operationsaal, sondern auch der Raum, in dem verbunden wird, soll möglichst frei sein von eiterregenden Bakterien. P. Wagner (Leipzig).

454. **Des purgatifs chez le blessé et chez l'opéré**; par E. Nicaise. (Revue de Chir. XIII. 9. 1893.)

Bei allen grösseren Verletzungen und Operationen ist es von besonderer Wichtigkeit, den Körper von allen Zersetzungsprodukten zu befreien. Diese können durch die Haut, die Lungen, die Nieren und durch den Darm ausgeschieden werden. Es muss deshalb ganz besonders darauf gesehen werden, durch Laxantien oder durch hohe Darmeingiessungen den Darm von allen schädlichen Stoffen, die etwa von der Wunde her in ihn ausgeschieden werden können, zu befreien.

Bei allen Bauchoperationen muss der Darm vorher desinficirt werden. N. verordnet 4—6mal täglich ein Pulver von Naphtol β 0.5 mit Bismuth. salicyl. 0.25 oder täglich 4—5.0 Benzonaphtol.

P. Wagner (Leipzig).

455. **Ueber Abscesse am Halse;** von Dr. Christian Poulsen in Kopenhagen. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 55. 1893.)

Nach ausführlicher Darlegung der topographischen Verhältnisse der oberflächlichen und tiefen Halsfascien giebt Vf. einen Ueberblick über die durch das Studium einer ansehnlichen Reihe von Krankengeschichten über Halsabscesse (530 Halsabscesse, beobachtet in beiden chirurgischen Abtheilungen des Communehospitals) gewonnenen Resultate, welche seinen, zum Theil schon früher veröffentlichten, durch Leiminjektionen gewonnenen Beobachtungen über die topographische Anatomie der Halsfascien eine klinische Unterlage bieten. Er theilt die Abscesse ein in

Abscesse im Spatium suprasternale
" " Saccus coecus
" in der Regio colli lateralis
" im retrovisceralen Raume
" " praevisceralen "
" in der Gefässplatte
" " " Regio submaxillaris
" " " " parotidea
" " " " submentalis
" " " Fascienscheide des M. sternocleidomastoideus
" " " Regio nuchae
" " " " mastoidea

und giebt jeweils zu den einzelnen Gruppen nach Besprechung der speciellen topographischen Verhältnisse die Resultate seiner Leiminjektionen im Zusammenhang mit einzelnen prägnanten Krankengeschichten.

Wenn P. gelegentlich der Aufstellung einer statistischen Tabelle die Zunahme der Halsabscesse in den Jahren 16—30 darauf zurückführt, dass „das *kräftige Alter* mit seiner *grösseren Vitalität,* seiner kräftigen Gefässentwicklung *mehr disponirt,* mehr empfänglich für Infektionsstoffe sein kann, als das jüngere und als das mehr vorgeschrittene", so dürfte er wohl mit dieser Auffassung ziemlich vereinzelt dastehen. Was hinsichtlich dieses Punktes von den infektiösen Processen im Allgemeinen gilt, lässt sich doch wohl a priori auch auf die infektiösen Abscesse am Halse anwenden, und es ist kein Grund ersichtlich, warum das kräftige, in der vitalen Lebensenergie am meisten entwickelte Mannesalter gerade eine Prädisposition für die Entwicklung von Halsabscessen zeigen sollte, gegenüber dem für Infektionen aller Art so disponirten, unentwickelten jugendlichen und dem schon wieder weniger widerstandsfähigen höheren Alter.

Zimmermann (Sarbrücken).

456. **Sur une variété incomplètement décrite de phlegmon du cou. Phlegmon grave de la loge glosso-thyro-épiglottique**; par le Dr. J. Brousses et le Dr. J. Brault. (Revue de Chir. XIII. 2. p. 98. 1893.)

Br. und Br. beschreiben eine unter dem hinteren Theile der Zunge gelegene Tasche (loge glosso-thyro-épiglottique), die seitlich und vorn von der „Membrane hyo-glossienne" und der „Membrane hyo-thyroïdienne", nach hinten von dem angehefteten Theile der vorderen Epiglottisfläche begrenzt wird. Diese Tasche kann der Ursprung von schweren, unter ganz bestimmten *Symptomen* auftretenden Halsphlegmonen werden, die sich nicht nur durch ganz besonders starke Dysphagie, Dyspnöe und Aphonie auszeichnen, sondern vor Allem durch eine harte, schmerzhafte Schwellung in der Regio thyreo-hyoidea. Eine Untersuchung der Mund- und Rachenhöhle ergiebt keine Besonderheiten.

Prognostisch sind diese Phlegmonen wegen der Erstickungsgefahr und der Leichtigkeit einer septischen Infektion gefährlich.

Die *Behandlung* besteht im frühen Stadium der Erkrankung in der Laryngotomia thyreo-hyoidea, durch die man die Tasche direkt eröffnet. Ist die Krankheit schon weiter vorgeschritten und hat bereits zu einer diffusen Schwellung an der Vorderseite des Halses geführt, so dringt man unterhalb des Zungenbeines in der Mittellinie des Halses vorsichtig auf den Eiterherd ein.

Br. u. Br. sahen diese Phlegmone bei einem 23jähr. kräftigen Manne im Anschlusse an eine starke Angina. Der durch Incisionen und durch den Mund entleerte Eiter enthielt den Streptococcus pyogenes.

P. Wagner (Leipzig).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

457. **Adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer du testicule**; par le Prof. A. Poncet. (Lyon méd. XXV. 53; Déc. 1893.)

Troisier und nach ihm Spinelli und Godin haben auf das Vorkommen von Drüsenschwellung hinter dem Schlüsselbein bei bösartigen Geschwülsten des Unterleibs hingewiesen. P. konnte solche Drüsenschwellungen auch bei 2 Kr., welche an Sarkomen des Hodens litten, nachweisen, und zwar in beiden Fällen auf der linken Seite. Die Hodengeschwulst war 1mal linkseitig, 1mal rechtseitig. P. erklärt sich das Zustandekommen dieser Metastasen aus einer Einwanderung von Geschwulstzellen in den Milchbrustgang.

Brückner (Dresden).

458. **Ueber Fremdkörper in den Athmungswegen**; von Dr. S. S. Preobraschensky in Moskau. (Wien. Klinik Aug., Sept., Oct. 1893.)

Die Arbeit ist hauptsächlich statistischen Inhaltes. Pr. hat aus der Literatur 848 Fälle von Fremdkörpern in den Athmungswegen gesammelt, die am Schluss der Abhandlung übersichtlich in Tabellenform zusammengestellt sind.

Pr. hat die Fälle in 3 grosse Gruppen getheilt: Fälle mit Behandlung, Fälle ohne Behandlung, Fälle mit unbekanntem Ausgange. *Therapeutisch eingegriffen* wurde in 415 Fällen, und zwar 336mal mittels Laryngo- oder Tracheotomie (91 gest.); 55mal mittels endolaryngealer Extraktion (1 gest., 7 mit unbekanntem Ausgange); 12mal durch geneigte Lage; 12mal mittels Brechmitteln (2 gest.). *Ohne Behandlung* blieben 355 Kr., von den 169 genasen, 186 starben. Die 3. Gruppe *mit unbekanntem Ausgange* umfasst 78 Fälle.

Aus dieser Zusammenstellung geht jedenfalls das Eine mit absoluter Sicherheit hervor, *dass die Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen mit ärztlicher Behandlung eine bedeutend bessere Prognose ergeben, als die ohne Behandlung.*

Im Anschluss an diese statistischen Erhebungen bespricht Pr. dann kurz die Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie der Fremdkörper in den Luftwegen. Seine Ausführungen enthalten hier nichts wesentlich Neues, so dass wir auf ein Referat verzichten können. Dagegen seien einige kurze Bemerkungen gestattet über die *Versuche* Pr.'s, *Fremdkörper in die Luftwege von Thieren* (Kaninchen und Katzen) *einzubringen.* Diese Versuche bezweckten, diejenigen Veränderungen im Kehlkopfe und in der Trachea festzustellen, welche durch Eindringen von Fremdkörpern hervorgerufen werden, und die Frage zu erklären, ob man sich mit der Entfernung der Fremdkörper beeilen muss, oder sie, wie dies häufig geschieht, bis zum 2. oder 3. Tage verschieben kann.

Die bedeutenden pathologischen Veränderungen, die die Fremdkörper hauptsächlich am Ort ihres Sitzes hervorrufen, erfordern deren schleunigste Entfernung. „Wenn daher der endolaryngeale Versuch und die geneigte Lage missglückt sind, muss man sofort zur Operation greifen, nach welcher der Fremdkörper sofort oder doch sehr bald ausgeworfen wird, und zwar nicht nur, weil die Stimmritze ihn nicht mehr daran hindert, sondern auch weil der Husten nach der Tracheotomie eine besondere Kraft besitzt. Ist derselbe zu schwach, um den Fremdkörper hinauszubefördern, dann muss man die geneigte Lage wiederholen oder Brechmittel verabreichen, oder unter der Leitung des Spiegels denselben mit Draht oder Zange herausholen." P. Wagner (Leipzig).

459. **Zur chirurgischen Behandlung der Perityphlitis**; von Dr. Paul Sendler in Magdeburg. (Münchn. med. Wchnschr. XXXIX. 50. 1892.)

Die Operation der Perityphlitis ist nach S. indicirt bei extra- und intraperitonäalen Abscessen, bei der retroperitonäalen Phlegmone, bei der fibrinös-eitrigen Wurmfortsatzperitonitis bei akuter Perforation und endlich bei den schweren recidivirenden Formen. Für wichtig hält er die Versorgung der kleinen Wunde am Coecum; sie muss sorgfältig geschlossen, wenn möglich eingestülpt und mit Serosa übernäht werden. Ein einfaches Abbinden des Wurmfortsatzes genügt nicht, schon weil nachträglich eine Kothfistel sich ausbilden kann. Die Bauchwunde wird durch Etagennähte geschlossen, für die versenkte Serosa- und Muscularisnaht hat S. Catgut benutzt. E. Ullmann (Wien).

460. **Cholecysto-intestinal, gastro-intestinal, entero-intestinal anastomosis and approximation without sutures**; by J. B. Murphy, Chicago. (New York med. Record XLII. 24. Dec. 10. 1892.)

Um den vielfach noch bestehenden Uebelständen bei der *Darmanastomosenbildung,* welche theils die zu lange Operationsdauer, theils die relative Unsicherheit der Naht betreffen, zu begegnen, führt M. die Operation mit Hülfe von Knöpfen aus, welche aus 2 Theilen bestehen; der männliche Theil verschiebt sich in den weiblichen mit Hülfe einer kurzen Schraube. Im männlichen Theile befindet sich eine Feder, welche auf den Darm drückt. Die Anastomosenbildung geschieht nun so, dass an der dem Mesenterium entgegengesetzten Seite die 2 Darmtheile aneinander gebracht werden. An jedem Darm wird um den zu machenden Schnitt in der Entfernung von einem Dritttheil eine Art von Tabakbeutelnaht gemacht, welche um den in den vollführten Schnitt eingeführten Knopf zusammengezogen werden kann und dann vollkommen sicher schliesst. In beiden Knöpfen sind Löcher, so dass die Skybala durchgleiten können. Nachdem die Knöpfe ineinandergelegt wurden, drückt die Feder von beiden Seiten fest auf den Darmtheil, der die Knöpfe umgiebt, dieser Darmtheil wird nekrotisch, fällt weg und bewirkt, dass die eingeführten Knöpfe in den Darm fallen und per vias naturales entleert werden. Weiter herum sind dann aber die 2 Darmtheile bereits miteinander verwachsen.

M. erörtert die Technik bei den verschiedenen Anastomosenbildungen, deren Zweckmässigkeit er theils durch Thierexperimente, theils durch Operationen am Menschen erprobt hat. E. Ullmann (Wien).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

461. **Zur Gastroenterostomie mittelst Kohlrübenplatten**; von Dr. Butz in Petersburg. (Petersb. med. Wchnschr. XVIII. 20. 1893.)

B. ist ein Anhänger der Baracz'schen Methode der Gastroenterostomie, bei welcher die Senn'schen Knochenplatten durch Platten aus Kohlrüben ersetzt werden. Er theilt 2 Fälle mit, in denen er nach dieser Methode operirte und in denen der 1. Kr. die Operation 5—6 Wochen überlebte, während der 2. Kr. 3 Tage nach der Operation an Entkräftung starb. Bei diesem zeigte die Sektion beide Kohlrübenplatten in der bei der Operation gegebenen Stellung; sie waren wenig verändert, die im Magen war schmutziggrün verfärbt, die im Darme gelblich, beide etwas erweicht, aber elastisch und genügend fest. E. Ullmann (Wien).

462. **On three cases of enterectomy and enterorrhaphy**; by Kendal Franks, Dublin. (Dubl. Journ. of med. sc. June 1893. p. 475.)

1) Bei einem 58jähr. Mann mit bösartigem Tumor des Quercolon wurde die Resektion und primäre Darmnaht gemacht, und zwar einseitige Peritonaeum und Muscularis fassende Naht. Heilung.

2) Bei einem 48jähr. Mann mit Volvulus wurden der gangränöse Dünndarmtheil resecirt, die Enden mit einreihiger Naht zusammengenäht. Tod am 2. Tage. Die *Sektion* zeigte, dass noch eine untere Darmpartie gangränös geworden war.

3) Bei einer 36jähr. Frau mit Erscheinungen von Ileus wurde die Laparotomie ausgeführt. Der Darm begann gangränös zu werden, er wurde daher resecirt. Heilung. 5 Wochen später wurde an derselben Frau eine Ovariotomie ausgeführt; bei dieser Gelegenheit untersuchte man den genähten Darm und es konnte die Nahtstelle nur mit Mühe nachgewiesen werden, so genau war die Vereinigung.

Fr. spricht sich für die sofortige Darmnaht bei Resektion des Darmes aus; er berechnet die Mortalität bei widernatürlichem After mit 80.7% und auf Grund von 222 aus der Literatur gesammelten Fälle für die primäre Darmnaht mit 48%.

E. Ullmann (Wien).

463. **Intestinal anastomosis (without rings) between the Ileum and the Sigmoid flexura for intestinal obstruction (neoplasm) in the transverse colon**; by Robert F. Weir, New York. (New York med. Record XLI. 15. April 9. 1892.)

An dem 38 J. alten Kr. wurde wegen incarcerirter linkseitiger Hernie die Herniotomie und der Verschluss des Leistenkanals nach Bassini ausgeführt. 2 Wochen nach dem Verlassen des Spitals bekam der Kr. Krämpfe im Hypogastrium. Bei der nun vorgenommenen Untersuchung schien ein Tumor in der linken Bauchhälfte zu sein. Man begnügte sich damit, das Coecum in die Wunde einzunähen, um später einen Anus praeternaturalis anlegen zu können. Einige Wochen später traten die Zeichen der Obstruktion deutlicher hervor, man entschloss sich auf den Wunsch des Kr. zur Anastomosenbildung. Die Enden des Darmes am Tumor sind durchschnitten und mittels Invagination vernäht worden. Heilung. E. Ullmann (Wien).

464. **Ueber einige Darmresektionen**; von Dr. H. Schlange, Priv.-Doc. in Berlin. (Berl. klin. Wchnschr. XXIX. 47. 1892.)

S. berichtet zunächst über eine osteoplastische Resektion des Mastdarmes.

Auf einen Querschnitt über die unterste Partie des Kreuzbeins, der gleich bis auf den Knochen dringt, führt er nach unten zwei etwas nach aussen divergirende Schnitte zu beiden Seiten des Steissbeins bis nahe zur Afterhöhe. Diese Schnitte sollen unten nur die Haut durchtrennen, nach oben aber allmählich so weit vertieft werden, dass die unteren sich an das Kreuzbein ansetzenden Fasern des Glutaeus und der Lig. sacrotuberosa und sacrospinosa dicht am Knochen durchschnitten werden. Darauf wird das Kreuzbein in der Richtung des ursprünglichen Querschnittes mit der Kettensäge durchtrennt und nun der ganze Hautknochenlappen nach unten aufgeklappt. Man gewinnt so einen sehr bequemen Zugang für die weitere Operation. Die Darmenden werden nach vollführter Resektion genäht, die Wunde mit Jodoformgaze tamponirt und der Weichtheillappen dabei in halb zurückgeschlagener Stellung gehalten, damit für die Fortleitung der Wundsekrete immer gesorgt ist. Der Tampon wird dann nach 1 Woche gewechselt. Der auf diese Weise operirte Kranke genas prompt. Beim ersten Stuhlgang platzte hinten die Naht an einer Stelle, so dass eine Kothfistel entstand. In dem Maasse, wie der Hautknochenlappen sich allmählich an seine alte Stelle lagerte und sich damit auf die genähte Darmpartie legte, verkleinerte sich und verheilte ohne weiteres operatives Zuthun die Darmfistel, so dass nach 1 Monat nur mehr eine feine Fistel bestand, aus der sich höchstens Gase entleeren konnten.

Die osteoplastische Resektion des Steissbeins und des unteren Kreuzbeinabschnittes ist sehr leicht und ohne störende Nebenverletzungen auszuführen, sie bietet einen ganz besonders bequemen Einblick in das Operationsgebiet. Die Form des knöchernen Skeletes wird erhalten, dem Sphincter ani bleibt sein fester Ansatzpunkt gewahrt, seine Innervation kann bei correkter Ausführung der Operation nicht beeinträchtigt werden. Ausserdem kann sich der bewegliche Hautknochenlappen auf die hintere Darmwand legen und mit ihr verwachsen und dadurch zur spontanen Heilung der Fisteln Veranlassung geben, da deren Ränder sich nicht in die Kreuzbeinhöhle zurückziehen können. Auch glaubt S., dass sich, da der Knochen vorhanden, keine Knickungen des Mastdarmes entwickeln.

Im Anschluss berichtet S. über eine Heilung von Ileus, bei welcher er eine 135 cm lange Ileumschlinge resecirte und den Darm primär nähte.

E. Ullmann (Wien).

465. **Ueber Mastdarmresektion mit querer Durchtrennung des Kreuzbeins**; von Dr. William Levy. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 13. 1893.)

L. führt die Operation in folgender Weise aus:

Es wird ein flacher Bogenschnitt über das untere Ende des Kreuzbeins geführt, dessen Mitte etwa fingerbreit oberhalb der Spitze der Cornua coccygea liegt, an den Seiten geht er parallel dem Faserverlauf des grössten Gesässmuskels, seine Verlängerung würde also etwa 5 cm lateralwärts vom Tuber ischii liegen. Der Schnitt durchtrennt in seiner ganzen Länge nur die Haut und die oberflächliche Fascie. Von den Cornua sacralia aus sucht man sich dann auf einer Seite das vierte hintere Sacralloch, indem man mit einer Nadel Probestiche in die hintere Kreuzbeinfläche macht. Unterhalb des 4. Sacral-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

loches werden die sehnigen Massen in wagerechter Richtung durchschnitten. Von den Seitenenden dieses Schnittes fängt man an die Fasern des Glutaeus maximus stumpf abzupräpariren und zieht sie so weit auseinander, bis der laterale Rand des Lig. tuberoso-sacrum freiliegt. Dann wird der Knochen mittels Kettensäge durchgesägt.

Der Vorzug der Methode liegt darin, dass, da man den 4. Sacralnerven schont, die Funktionsfähigkeit des Afterhebers nicht gestört wird.

Nach L. dürfte sich diese Methode auch bei anderen Erkrankungen im kleinen Becken mit Vortheil verwenden lassen. Bei Eiterungen im periproctalen Gewebe, wie sie sich nach luetischen Mastdarmulcerationen entwickeln, wird man leicht zu den versteckten Herden gelangen, ferner dürfte sie vortheilhaft sein bei Eröffnung mancher Abscesse im kleinen Becken, die sich von der Scheide aus schwer erreichen lassen. Für die Exstirpatio uteri möchte L. aber diesen Weg nicht empfehlen.

E. Ullmann (Wien).

466. **De la suture des sphincters dans l'opération de la fistule à l'anus**; par le Dr. E. Nicaise. (Revue de Chir. XIII. 2. p. 139. 1893.)

N. empfiehlt zur Operation der Mastdarmfisteln ein von ihm construirtes Speculum, dessen Abbildung in der Originalarbeit nachzusehen ist. In den Fällen, in denen sich die Fisteln oberhalb der Sphinkteren befinden und letztere bei der Operation durchschnitten werden müssen, räth N., die Muskeln sofort wieder durch Etagennähte zu vereinigen, um eine etwa eintretende Incontinentia alvi zu verhüten. P. Wagner (Leipzig).

467. **Zur operativen Behandlung der Hämorrhoiden**; von Dr. F. Lange in New York. (v. Esmarch's Festschr. p. 288. 1893.)

L. empfiehlt zur Heilung der Hämorrhoidalknoten, die gesammte entartete Schleimhaut sammt den darunter liegenden Knoten zu entfernen und die unmittelbar oberhalb gelegene Schleimhaut durch Nähte an die äussere Haut zu befestigen. Diese Methode, die ganz unabhängig von L., auch von Whitehead angegeben worden ist, bringt eine Heilung ohne Eiterung und Granulationsbildung zu Stande.

Sendler (*Zur operativen Behandlung der Hämorrhoidalknoten.* Centr.-Bl. f. Chir. XX. 34. 1893) ist in der Lage, die dieser Methode nachgerühmten Vortheile in vollem Umfange zu bestätigen, da er, ohne von den Arbeiten der genannten Autoren Kenntniss gehabt zu haben, bereits seit einer Reihe von Jahren die Hämorrhoidalknoten in ganz ähnlicher Weise zu operiren pflegt. Auch S. hat jedes Mal glatte Heilung beobachtet.

P. Wagner (Leipzig).

468. **Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten**; von C. Ziem. (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. XXVII. 8. 9. 1893.)

Wie in so manchen Vorträgen und Abhandlungen weist Z. auch hier auf die innigen Beziehungen zwischen Augen- und Nasenerkrankungen hin und führt die einzelnen Augenkrankheiten, darunter auch Katarakt, sympathische Ophthalmie u. s. w. namentlich an, die direkt als Folgezustand der Nasenerkrankung anzusehen seien und nicht für sich durch augenärztliche Mittel, sondern im Zusammenhang mit der Behandlung der erkrankten Nase oder durch die alleinige Behandlung der letzteren geheilt werden können. Kann man den Ausführungen Z.'s auch nicht in allen Punkten beistimmen, so ist doch zuzugeben, dass durch Vernachlässigung der Nasenerkrankung von vielen Augenärzten gefehlt worden ist. Von der Bepinselung der Nasenschleimhaut mit Cocain, wie sie von Anderen zur Erkennung von „Reflex-Neurosen" vorgeschlagen wurde, will Z. nichts wissen, hält sie sogar unter Umständen für gefährlich. Dass von den Specialisten für Nasenkrankheiten wiederum zu energisch mit Brennen der Schleimhaut und dergleichen vorgegangen wurde, ist auch sicher. Es wäre zu wünschen, dass die mildere, einfache Durchspülung der Nase, wie sie Z. sehr empfiehlt, allgemeine Verbreitung fände.

Lamhofer (Leipzig).

469. **Ueber die Beziehungen zwischen Erkrankungen der Nase und des Auges**; von Dr. Lieven. (Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 48. 1892.)

L. führt aus der Literatur und aus seiner ärztlichen Thätigkeit zahlreiche Krankengeschichten an, nach denen die Behandlung der Nase allein langdauernde Augenkrankheiten gebessert oder zur Heilung gebracht hat. Wenn keine Fortsetzung der Entzündung der Nasenschleimhaut durch die Thränenwege wahrzunehmen, auch kein Hinderniss in der Nase für die Fortleitung aus dem Thränennasengange zu finden ist, so müssen wir bei Reizerscheinungen am Auge an „Reflex-Neurose" denken. Die Annahme derselben, bez. die Beziehung von Nasenschleimhaut und erkranktem Auge ist als sicher anzunehmen, wenn nach Cocainisirung der Nasenschleimhaut die Reizungserscheinungen am Auge aufhören. In solchen Fällen ist bei genauer Sondirung und Abtastung gewöhnlich auch eine krankhafte Stelle aufzufinden, von der die Erregung ausgeht.

Lamhofer (Leipzig).

470. **Ueber einige seltenere Erkrankungen des Thränen-Apparates**; von Dr. Baas in Freiburg i. B. (Münchn. med. Wchnschr. XLI. 6. 1894.)

In diesem Vortrag, den er im Verein Freiburger Aerzte gehalten, bespricht B. jene Form von Thränensackblennorrhöe, die zuerst von Weiss u. Heddäus beschrieben und von Letzterem richtiger als „membranöse Thränenschlauch-Atresie der Neugebornen" bezeichnet worden ist. Denn sie ist ganz verschieden von der eigentlichen Thränensackblennorrhöe, ist mehr eine Ausdehnung des Thränensackes durch angesammeltes Sekret bei

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

membranösem angeborenen Verschluss des Thränenganges nach der Nase zu. Druck auf den Thränensack allein genügt schon oft, um die Membran zu sprengen und dadurch Heilung herbeizuführen. Am Schlusse seines Vortrages erwähnt B. noch die sehr seltene primäre tuberkulöse Erkrankung der Thränendrüse. Lamhofer (Leipzig).

471. **Aktinomykose der Augenlider**; von Prof. Partsch in Breslau. (Centr.-Bl. f. Augenhkde. XVI. Juni 1893.)

Die Aktinomykose des Kiefers breitet sich meist nach der Wange und Schläfengegend aus, während die Augenlider nur Schwellung und Oedem zeigen. P. fand bei einem 15jähr. Mädchen, bei dem von einem cariösen Zahn des Oberkiefers her schwere Entzündung und eitrige Infiltration der ganzen Gesichtsseite erfolgte, in dem stark geschwollenen oberen Augenlide einen vollständig isolirten Aktinomykoseherd. Derselbe wurde mit möglichster Schonung der Muskelfasern entfernt, andere Herde in der Nachbarschaft wurden mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, der grosse Herd in der Massetergegend bis in die Tiefe blossgelegt, worauf die ganze erkrankte Gesichtshälfte unter Jodoformverband schnell und dauernd heilte. Auch in diesem Falle fehlte, wie es P. bereits früher als für Aktinomykose charakteristisch aufgestellt hatte, jede Lymphdrüsenschwellung vor dem Ohr wie am Kieferwinkel. Lamhofer (Leipzig).

472. **Ein Fall von Blepharospasmus beider Augen**; von Dr. Wallerstein in Gelsenkirchen. Festschr. d. ärztl. Ver. in Arnsberg. (Wiesbaden 1893. J. F. Bergmann. p. 57.)

Ein 34jähr. Kaufmann konnte nach einem Fall auf die Nasenwurzel nur vorübergehend die Augen öffnen. Schon vor dem Unfalle litt er längere Zeit an Blepharospasmus. Die Anwendung des constanten Stromes hatte wenig Erfolg. Im Laufe der Behandlung bemerkte Pat., dass er die Augen auf kurze Zeit öffnen könne, wenn er den Kopf stark zu den Knieen beuge. W. erklärte sich das als Wirkung einer stärkeren Blutzufuhr nach dem Kopfe und verordnete dem anämischen Pat. die Einathmung von Amylnitrit und innerlich Blaud'sche Pillen. In auffallend kurzer Zeit besserte sich der Lidkrampf und verschwand nach einigen Wochen vollständig. [Hysterie.] Lamhofer (Leipzig).

473. **Ein Fall von Leukosarkom der Conjunctiva**; von Dr. S. Bloch in Prag. (Prag. med. Wchnschr. XVIII. 51. 1893.)

Unpigmentirte Neubildungen sind ungemein seltene Geschwülste auf dem Augapfel. B. sah eine solche Geschwulst von Mandelgrösse, die an einem 1½ cm langen Stiele am Auge hing. Der Ausgang der Geschwulst war eine Narbe, die 16 Jahre früher bei Verletzung des Auges durch einen Strohhalm entstanden war. Bis vor 3 Mon. war das Auge ohne Entzündung; seitdem wuchs die Geschwulst rasch. Nach der Abtragung trat kein Recidiv ein. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Grosszelliges pigmentloses Rundzellensarkom mit alveolärem Charakter. Lamhofer (Leipzig).

474. **Ein Fall von Fettentartung der Hornhaut mit intermittirenden Reizerscheinungen**; von Dr. Kamocki in Warschau. (Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 4. p. 209. 1893.)

Bei einer 42jähr. Frau, die an periodisch wiederkehrenden, einige Tage dauernden Schmerzen des Kopfes und der Augen mit starker Röthung der letzteren litt, sah K. ganz eigenthümliche weissliche Trübungen der Hornhaut rings um die Pupille. Sie machten den Eindruck von Kalk- oder Blei-Inkrustationen. Nach Abtragung einzelner Stellen mit dem Staarmesser fand K. unter dem Mikroskop, dass alle die Trübungen aus fettig degenerirten Zellen bestanden, die unter dem Epithel in der Bowman'schen Membran und den obersten Hornhautschichten lagen. Meist waren die Zellen zu grösseren Nestern angeordnet; doch fanden sich auch einzelne Zellen zwischen den Hornhautlamellen. In der Umgebung war das Hornhautgewebe gelockert und reich an ovalen und spindelförmigen Kernen.

Aehnliche Beobachtungen machte K. auch noch bei einer anderen 20jähr., seit Monaten augenleidenden Kranken. Lamhofer (Leipzig).

275. **Die Aetiologie der bandförmigen Hornhauttrübung**; von Dr. A. Topolanski. (Wien. klin. Wchnschr. VII. 6. 1894.)

T. sah bei Maurern, Tischlern, Hutmachern und anderen Arbeitern, die viel in staubigen Räumen arbeiten, oder die wiederholt kleine Verletzungen der Hornhaut sich zuziehen, oft die bandförmige Trübung der Hornhaut auftreten. Bei einem Hutmacher fand T. in abgetragenen Hornhauttheilen Reste von Hasenhaaren, die beim Bearbeiten der Thierfelle in grosser Menge in der Luft umherfliegen. Auch bei Pseudopterygien und wirklichen Pterygien sah T. im unmittelbaren Anschluss an das Pterygium bandförmige Trübung quer durch die Hornhaut. T. fasst daher die Aetiologie dieser Hornhaut-Entzündung so zusammen: Sie kommt 1) an degenerirten Augen, besonders bei Glaukom und Iridocyklitis, am häufigsten vor; sie kommt vor 2) an Augen schwer erkrankter Individuen als eine Hornhautaffektion für sich und 3) bei völlig normalen Individuen und an normalen Augen, bedingt durch lang fortgesetzte Traumen.

Lamhofer (Leipzig).

476. **An welcher Stelle soll man die optische Iridektomie machen?** von Dr. Reche in Breslau. (Arch. f. Augenhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 147. 1893.)

Es gilt allgemein als Regel, eine künstliche Pupille bei Hornhauttrübungen u. dgl. nach innen oder innen unten anzulegen, nach aussen nur dann, wenn sonst nirgendwo eine andere Möglichkeit vorhanden ist. R. sucht nun unter Aufzeichnung des Ganges der Lichtstrahlen bei verschieden gelegenen Pupillen und unter Berücksichtigung der Brechung der Lichtstrahlen bei nur ganz peripherischen seitlichen Pupillen darzuthun, dass die bisherige Anschauung irrig, dass es sogar richtiger sei, die Pupille an der äusseren Seite anzulegen. Denn durch diese seitliche Pupille wird der binoculare Sehakt durchaus nicht gestört, die nothwendige Anstrengung der Convergenzkraft sogar vermindert, die Deutlichkeit der Netzhautbilder durch die Lichtstrahlen, die schräg durch den dem Objekt zugewandten Theil der brechenden Medien gehen, erhöht und schliesslich das Gesichtsfeld nach aussen erweitert. Lamhofer (Leipzig).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

B. Bücheranzeigen.

26. **Anatomische, physiologische und physikalische Daten und Tabellen** *zum Gebrauche für Mediciner;* von Prof. Hermann Vierordt. 2., vollständig umgearbeitete Auflage. Jena 1893. Gustav Fischer. Gr. 8. VI u. 400 S. (11 Mk.)

Wir haben schon beim Erscheinen der 1. Auflage unsere Bewunderung ausgesprochen über die Grösse der Arbeit, welche der Autor mit der Abfassung dieses Buches geleistet hat. Zugleich wiederholen wir heute den Dank an dieselbe Adresse für die Leistung, welche jedem Leser und Arbeiter auf unserem Gebiete eine Summe von Arbeit spart, die er selbst sonst leisten müsste.

Wenn V. in der Vorrede der neuen Auflage sich darüber wundert, dass trotz der günstigen Aufnahme, welche die 1. Auflage gefunden hat, eine längere Zeit verging, bevor die neue Auflage nöthig geworden ist, so möge er bedenken, dass sein Buch eben kein Schulbuch ist, denen allein im gegebenen Falle eine rasche Aufeinanderfolge neuer Auflagen beschieden ist.

Der Inhalt des Buches, den im Einzelnen anzuführen hier zu weit führen würde, ist im Wesentlichen schon auf dem Titel enthalten; wie reich derselbe ist, mag man ermessen aus dem Umstande, dass er nahe 400 Seiten fasst.

Nur von dem Anhange ist auf dem Titel nicht die Rede, welcher praktisch-medicinische Analekten enthält von grosser Wichtigkeit, unter denen Ref. z. B. hervorheben möchte die Incubationzeit der Infektionskrankheiten. J. Steiner (Cöln).

27. **Compendium der Physiologie des Menschen** *für Studirende und Aerzte;* von R. Oestreich. Berlin 1891. S. Karger. Kl. 8. Mit 75 Abbild. u. 1 Farbentafel. (6 Mk.)

Wir verstehen sonst unter einem Compendium immerhin ein Buch von etwas grösserem Umfange. Das vorliegende, Kleinformat, mit 300 Seiten ist seiner ganzen Art nach dazu bestimmt, dem Examinanden kurz vor dem Eintritt in das Examen nochmals eine sehr rasche Recapitulation zu ermöglichen. Diese Aufgabe hat der Autor mit grossem Geschicke gelöst: es ist der wesentliche Inhalt der Physiologie in kurzer und präciser Sprache auf so engem Raum wiedergegeben.

J. Steiner (Cöln).

28. **Grundriss der pathologischen Anatomie;** von Dr. E. Gerdes. Stuttgart 1893. F. Enke. Gr. 8. 340 S. (6 Mk.)

Dies neue Compendium der pathologischen Anatomie zeichnet sich vor den jüngst erschienenen gleichartigen Büchern durch die Aufnahme einer kurzen Darstellung der Sektionstechnik aus. Trotz mancher Lücken (so fehlt z. B. die entsprechende Angabe über die Sektion des Pankreas, der Nebennieren u. s. w.) ist diese Darstellung recht brauchbar. Ausserdem enthält das Buch die specielle pathologische Anatomie in kurzem Grundriss, „es soll zur Einführung in das Studium der pathologischen Anatomie dienen und dazu beitragen, eine Anregung zum Studium grösserer Lehrbücher und der Specialliteratur zu geben". Die Ausstattung ist sehr zu loben.

Beneke (Braunschweig).

29. **Technik der histologischen Untersuchung pathologisch-anatomischer Präparate.** *Für Studirende und Aerzte;* von Dr. C. v. Kahlden, a. o. Prof. zu Freiburg. 3. verm. u. verb. Auflage. Jena 1893. Gust. Fischer. Gr. 8. 122 S. (2 Mk. 40 Pf.)

Die neue Auflage der Technik (die letzte erschien 1892) enthält Erweiterungen einiger Capitel, so namentlich der histologischen Methoden für Blutuntersuchung, der Färbungstechnik für die nervösen Organe, die Haut u. s. w. Wir dürfen uns im Uebrigen auf die Ankündigung der 2. Auflage (vgl. Jahrbb. CCXXXVI. p. 87) beziehen; einer Empfehlung bedarf das Buch gegenüber seinen Erfolgen nicht. Im Sinne jener früheren Besprechung möchten wir nochmals gegen die stiefmütterliche Behandlung der Gefriermethode für frische Organe protestiren, leider ist hier nichts geändert. Beneke (Braunschweig).

30. **Pathologie und Therapie der Krankheiten des Verdauungsapparates mit besonderer Berücksichtigung der Diätetik.** 2. Theil: *Krankheiten des Darms;* von Dr. Theodor Rosenheim. Wien u. Leipzig 1893. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. VIII u. 631 S. (14 Mk.)

Während die Lehrbuchliteratur über die Magenkrankheiten in der letzten Zeit sehr bereichert worden ist, haben seit dem Erscheinen von Leube's und Leichtenstern's Darstellungen in Ziemssen's Handbuche die Erkrankungen des Darms noch keinen Bearbeiter gefunden. Dies weist schon darauf hin, dass die seit jener Zeit gewonnenen Erfahrungen in diesem Gebiete das Bedürfniss einer Neubearbeitung des grossen Stoffes noch nicht sehr fühlbar gemacht haben. Und in der That sind ausser den bedeutungsvollen Arbeiten Nothnagel's und den mannigfachen klärenden Diskussionen über die Behandlung des Darmverschlusses keine neuen grossen Gesichtspunkte in

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

die Darmpathologie gebracht worden, wenn auch keineswegs geleugnet werden soll, dass eine Menge interessanter Einzelheiten durch klinische, bakteriologische, mikroskopische und chemische Untersuchungen gewonnen wurde. Dieser Umstand macht es dem Verfasser eines Lehrbuches der Darmkrankheiten besonders schwer, schon heute etwas wirklich Neues zu schaffen, und in der That lehnt sich auch R.'s neues Buch, das als II. Theil seiner Pathologie und Therapie der Krankheiten des Verdauungsapparates erschienen ist, sehr deutlich an die früheren Bearbeitungen an, wiewohl R. mit Erfolg bestrebt war, alle neu gewonnenen Kenntnisse zu berücksichtigen. Die *persönliche* Anschauung und Erfahrung, welche eigentlich den Werth eines Lehrbuchs im Gegensatz zu einem grösseren oder kleineren Compendium ausmacht, tritt in dem Eklekticismus der Darstellung so gut wie vollkommen zurück. Auch die Eintheilung der verschiedenen Krankheiten erhält wohl dadurch in einzelnen Capiteln etwas Schwankendes und Unsicheres, manche Dinge finden sich doppelt besprochen, manche Besprechung fällt aus dem Rahmen des Capitels. Um mit grossem Ueberblick einen so gewaltigen Stoff selbständig und originell zu beherrschen, dazu gehört allerdings eine ganz besonders reichhaltige Erfahrung an einem bevorzugten Krankenmaterial, die nur Wenigen beschieden sein kann. Wenn mit diesem Hinweis eine gewisse Schwäche des R.'schen Buches angedeutet werden soll, so kann sonst über dasselbe nur Rühmliches gesagt werden. Es enthält in 14 Capiteln eine ausführliche gewissenhafte Darstellung unseres heutigen „Standes der Kenntnisse" in dem Gebiete dar Darmkrankheiten. Besonders hervorheben möchten wir die genaue Besprechung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse, welche das Verständniss des klinischen Verlaufs glücklich vorbereitet. Auf Einzelheiten einzugehen, ist hier nicht der Ort, doch möchte Ref. nicht unterlassen, zu erwähnen, dass R. ganz besondere Sorgfalt auf den schwierigsten Abschnitt, den Darmverschluss, verwendet und denselben in 3 Capiteln in der eingehendsten Weise besprochen hat, die an Vollständigkeit der Darstellung nichts zu wünschen übrig lässt. Sehr dankenswerth sind auch die zusammenfassenden Darstellungen der ätiologischen Bedingungen und klinischen Erscheinungen bei Darmgeschwüren und Darmblutungen. Eine sehr eingehende Erörterung findet bei allen Erkrankungsformen die Therapie, die auch überall die hygieinisch-diätetischen Maassnahmen sorgfältig berücksichtigt. Auch die Indikationen des chirurgischen Eingriffes sind an den vielen Stellen, an welchen die Darmpathologie hierzu Gelegenheit giebt, berücksichtigt und mit hinlänglicher Schärfe festgestellt. Alles in Allem wird das Buch Jedem, der sich über das fragliche Gebiet orientiren will, sehr willkommen sein und kann auch in diesem Sinne bestens empfohlen werden. Die Ausstattung ist sehr gut, die Illustrationen sind sämmtlich gelungen. G. Honigmann (Wiesbaden).

31. **Specielle Diagnose der inneren Krankheiten**; von Prof. W. v. Leube. II. Band. *(Nervensystem. Rückenmark. Hirn. Stoffwechsel. Infektionskrankheiten.)* 1.—3. Auflage. Leipzig 1893. F. C. W. Vogel. Gr. 8. VIII u. 515 S. mit 57 Abbild. (12 Mk.)

Der grössere Theil dieses Buches ist der Diagnose der Nervenkrankheiten gewidmet. L. hält an der alten anatomischen Eintheilung fest, bespricht zuerst die peripherischen Nerven, dann das Rückenmark, dann das Gehirn, dann „die funktionellen Hirnkrankheiten (sogen. Neurosen)". In der Vorrede sagt L., es sei sein Ziel gewesen, „dem Leser in präciser systematischer Form die klinischen Bilder vorzuführen und zugleich eine Uebersicht über den modernen Standpunkt der Anatomie und Physiologie des Nervensystems zu geben". So erklärt es sich, dass man Vieles in dem Buche findet, was man in einer Diagnostik nicht sucht, und dass besonders die anatomischen Erörterungen eine auffallende Ausdehnung angenommen haben, dass dagegen die sogen. Neurosen, weil sie keine Anatomie haben, etwas kurz behandelt worden sind. L. flicht seiner lichtvollen Darstellung auch Beispiele aus der eigenen Erfahrung ein.

Bei einigen Krankengeschichten L.'s ist vielleicht die Diagnose nicht ganz sicher. *Ref.* möchte glauben, dass ein paarmal die Hysterie den Vf. doch getäuscht hat. Auf S. 23 wird von einer Dame erzählt, die in einer Malariagegend gewohnt hatte, eine grosse Milz hatte und an Anfällen heftiger Supraorbitalneuralgie litt. Chinin wirkte anfangs gut, später nicht mehr, auch elektrische Behandlung war erfolglos. Eine zufällige Zahnoperation aber beseitigte nach Monaten die Neuralgie. Es wird gar nicht gesagt, ob der Zahn im Ober- oder im Unterkiefer sass. Auf S. 96 beschreibt Vf. „den *ersten* Fall von tuberkulöser Meningitis, deren Ausheilung sicher bewiesen ist". Ein 24jähr. tuberkulöses Mädchen klagte über Schmerzen im linken Ohre, die Empfindlichkeit dieser Gegend war vermindert [Ohrbefund?]. Nachdem die Kr. 3 Wochen im Krankenhause gewesen war, traten Beschwerden auf, die an spinale Meningitis erinnern konnten. „Am 23. Juni tritt *Schmerzhaftigkeit im Nacken bei Bewegung* auf, am 26. Juni *Schwäche im linken Arme* und *Unempfindlichkeit gegen taktile Eindrücke. Druck der linken Hand erheblich schwächer als der der rechten;* Tags darauf gesellt sich hierzu *Unempfindlichkeit im rechten Bein, so dass feinere Berührungen nicht wahrgenommen werden. Sobald die Patientin die Wirbelsäule bewegt, treten heftige Schmerzen ein;* Druck auf die Nackenwirbel empfindlich. Im weiteren Verlaufe empfindet die Pat. während des Juli *Schwäche der rechten Hand* und eine Schwere des rechten Arms. Auch stellen sich unwillkürliche Streckbewegungen in den Extremitäten, speciell in den Fingern, ein. Patellarsehnenreflexe eher etwas stärker als normal; *Erschwerung des Urinlassens,* Obstipation." [Alle weiteren Angaben über den Befund, über Fieber u. s. w. fehlen.] „1. September. Aktive Bewegung des steif gehaltenen Kopfes, dessen Bewegung bis dahin namentlich nach der linken Seite hin erschwert war, entschieden weniger schmerzhaft, so dass Pat. einige Tage darauf den Kopf ohne bedeutende Schmerzen nach allen Seiten drehen kann; stärkere Bewegungen der Wirbelsäule sind

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

indessen noch nicht möglich. *Beim Phoniren bleibt ein Spalt zwischen den Stimmbändern, der Kehlkopf sonst normal, zeitweiliges Fehlschlucken* [Weiteres, über Aphonie u. s. w., wird gar nicht gesagt]. Pupillarreflex normal, die Intelligenz nicht im Mindesten gestört; kein Kopfschmerz, Harn eiweiss- und zuckerfrei. Allmähliches Erlöschen der Hautreflexe [?].“ Das ist Alles! Es wird nur erzählt, dass das Mädchen im nächsten Januar gebessert entlassen worden sei, dass sie im nächsten Jahre „das Bild voller Genesung“ gezeigt habe. Im anderen Jahre kam die Kr. wegen Verschlimmerung der Lungenschwindsucht wieder in das Spital. „Bei ihrer Aufnahme zeigten sich noch Residuen der früheren Spinalmeningitis insofern, als immer noch eine leichte Schwäche der linken Hand und eine gewisse Schwerbeweglichkeit der unteren Extremitäten bestand; auch war noch eine leichte Steifigkeit der Halswirbelsäule unverkennbar und vermied Pat. stärkere Bewegungen derselben. Der 7. Halswirbel und der 1. und 3. Brustwirbel sind beim Anklopfen noch schmerzhaft; Sensibilität im Allgemeinen intakt, Sehnenreflexe erhalten, nicht erhöht.“ Die Kr. bekam eine cerebrale Meningitis und starb. Nun kommt das Merkwürdigste, der Sektionsbefund. Man fand nämlich „Residuen einer geheilten Meningitis spinalis“. Es heisst: „Die Pia spinalis cervicalis zeigte makroskopisch auch nicht die leiseste Abweichung von der Norm, so dass erst eine genaue mikroskopische Untersuchung das unbestreitbare Ergebniss lieferte, dass die Pia spinalis früher Sitz einer Tuberkulose gewesen war“. Weiter wird nichts, gar nichts gesagt! —

Einige Stellen des Buches geben zu Fragezeichen Anlass, so (S. 102) die etwas unvollständige Beschreibung des Augenspiegelbefundes bei tabischer Opticusatrophie, der Zweifel (S. 113), ob es gerechtfertigt sei, die Friedreich'sche Krankheit von der Tabes grundsätzlich zu trennen, die Besprechung der „combinirten Systemerkrankungen“ (S. 116), die Angabe (S. 120), dass bei spinaler Kinderlähmung die Haut mit kaltem Schweisse bedeckt sei.

Immerhin betreffen die Einwendungen nur einzelne Punkte. In der Hauptsache werden die anerkennenden Stimmen, die über L.'s Diagnostik laut geworden sind, Recht behalten.

Die Besprechung der Constitutionskrankheiten (Blutkrankheiten, Diabetes, Fettsucht, Arthritis) ist verhältnissmässig kurz (etwas über 50 Seiten). Der Rest des Buches ist den Infektionskrankheiten gewidmet.

Die meisten Figuren, die Rob. Landerer gezeichnet hat, sind vortrefflich gelungen. Die Ausstattung des Buches ist die bei F. C. W. Vogel gewöhnliche. Möbius.

32. **Zur Kenntniss der cerebralen Diplegien des Kindesalters**; von Dr. Sigm. Freud. (Beitr. zur Kinderhkde. von Prof. M. Kassowitz, N. F. III.) Leipzig u. Wien 1893. Fr. Deuticke. Gr. 8. 168 S. (6 Mk.)

Der Vf. dieser werthvollen und interessanten Abhandlung hat seine Theilnahme seit einigen Jahren den Gehirnlähmungen der Kinder zugewandt. Er hat 1891 zusammen mit Dr. O. Rie eine „klinische Studie über die halbseitige Cerebrallähmung der Kinder“ veröffentlicht und beschäftigt sich nun mit den doppelseitigen Hirnerkrankungen. Der Ausgangspunkt ist die „Little'sche Krankheit“, um sie gruppiren sich die verwandten Formen, ausgeschlossen sind die doppelseitigen Schädigungen der Motilität durch Meningitis, Tumoren, Abscesse. Vf. giebt zunächst eine geschichtliche Einleitung, theilt dann 53 eigene Beobachtungen mit, die genau besprochen und gruppenweise zusammengefasst werden, erörtert weiter die einzelnen Symptome, stellt die geringen anatomischen Kenntnisse, die wir bis jetzt besitzen, übersichtlich zusammen, zieht die vorläufig möglichen Schlüsse auf die „pathologische Physiologie“ und spricht endlich von den familiären und hereditären Formen, auch hier eigene Beiträge zu dem ebenso merkwürdigen, als bisher unserem Verständnisse wenig zugänglichen Gebiete liefernd. Kurz werden Differentialdiagnose, Verlauf und Therapie abgehandelt. Das Wichtigste wird in Schlusssätzen zusammengefasst. Ein Literaturverzeichniss ist beigegeben.

Wir müssen uns an dieser Stelle darauf beschränken, Einiges aus den Schlusssätzen des Vfs. wiederzugeben. Als Typen der Hirnlähmungen der Kinder unterscheidet F.: spastische Hemiplegie, choreatische Hemiparese, bilaterale Hemiplegie, allgemeine Starre, paraplegische Starre, paraplegische Lähmung, bilaterale Chorea oder Athetose. Alle diese Formen sind untereinander durch Uebergänge verbunden. Sie sind theils vor der Geburt, theils bei der Geburt, theils nach der Geburt entstanden, aber es ist nach dem klinischen Bilde selten, nach der Anamnese nicht immer möglich, über die Entstehung zu urtheilen. Es ist auch nicht möglich, aus dem klinischen Bilde mit Bestimmtheit auf die anatomischen Veränderungen zu schliessen. Diese sind sehr verschiedener Art, gewöhnlich werden Zustände gefunden, die wenigstens mit Wahrscheinlichkeit auf eine primäre Gefässerkrankung bezogen werden können und theils den Läsionen bei Erwachsenen ähnlich sind, theils sich als Porencephalie, lobäre atrophische oder hypertrophische Sklerose darstellen. Mit einer gewissen Sicherheit kann man bei den doppelseitigen Erkrankungen, die sich als allgemeine Starre oder paraplegische Starre kundgeben, annehmen, dass die Läsion hauptsächlich den medialen Rand beider Hemisphären trifft und die Rinde nur oberflächlich beschädigt hat. Diesen Anforderungen entspricht die Meningenblutung, die dadurch entsteht, dass die in den Sichelblutleiter mündenden Venen zerreissen, ein Zufall, der sowohl bei den schweren Geburten sonst normaler Kinder, als bei einfacher Geburt kranker oder unreifer Kinder eintreten kann und auch bei verschiedenen Sektionen gefunden worden ist. Spastische Hemiplegie, bilaterale Hemiplegie, paraplegische Hirnlähmung setzen tiefgehende Erkrankung der Gehirnmasse voraus. Ueber die Ursachen der choreatischen Parese und der doppelseitigen Athetose ist nichts bekannt. Während die Entstehung der Lähmungen während der Geburt leidlich verständlich ist, wissen wir von den der Geburt

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

vorausgehenden Schädigungen nur, dass die wichtigste Syphilis der Eltern ist, vielleicht spielen anderweite Erkrankungen der Mutter und Gemüthserschütterungen während der Schwangerschaft auch eine bedeutsame Rolle. Von den nach der Geburt entstehenden Lähmungen beruhen die meisten sicher auf Infektion, mag das Gift das Gehirn direkt, oder zunächst die Blutgefässe schädigen. Es ist aber anzunehmen, dass auch bei einem Theile erst nach der Geburt sich entwickelnder Lähmungen die Bedingungen schon vor der Geburt gegeben seien.

In der Regel bestehen bei den vor oder nach der Geburt entstandenen Formen schwerere Schädigungen des Gehirns, als bei den Geburtslähmungen, dort finden wir vorzugsweise bilaterale Hemiplegie, paraplegische Lähmung, spastische Hemiplegie, hier allgemeine und paraplegische Starre. Die spastische Hemiplegie ist gewöhnlich nach der Geburt entstanden. Vf. nimmt in einem Drittel der Fälle infektiösen Ursprung an. Die Krankheit beginnt dann akut und regt einen chronischen Process an, als dessen Ausdruck die Epilepsie erscheint. Bei der allgemeinen Starre, die durch Ueberwiegen der Contraktur über den Verlust an Motilität und durch die stärkere Schädigung der Beine gekennzeichnet ist, scheint schwere Geburt die Hauptbedingung zu sein. Die zu Grunde liegende Meningealblutung stellt einen nach der Geburt regressiven Process dar, daher Möglichkeit der Besserung, Fehlen der Epilepsie. Die paraplegische Starre ist gewöhnlich der geringere Grad der allgemeinen Starre, wie denn diese zu jener werden kann. Es ist aber bemerkenswerth, dass bei der paraplegischen Starre häufiger Frühgeburt, als schwere Geburt angegeben wird und dass gerade bei ihr oft Strabismus (den Vf. von einer Amblyopie, die bald durch cortikale, bald durch Netzhautblutungen entstanden sein mag, vermuthungsweise ableitet) vorkommt. Die angeborene Athetose scheint in naher Beziehung zu Gemüthserschütterungen zu stehen.

Die motorischen Störungen gehen dem Verluste an seelischen Fähigkeiten nicht parallel. Dagegen steht dieser in näherer Beziehung zur Epilepsie. Beide pflegen bei den Geburtslähmungen zu fehlen (obwohl bei diesen Krampfanfälle während der ersten Tage nicht selten sind), begleiten viel häufiger die vor oder nach der Geburt entstandenen Diplegien. Auch giebt es zahlreiche Fälle von Idiotie, bez. Epilepsie ohne Lähmung, in denen wahrscheinlich dieselben Läsionen wie bei den Diplegien bestehen. In ihnen hat man dann cerebrale Kinderlähmung ohne Lähmung vor sich. F. rechnet mit Marie die meisten Fälle der sog. gemeinen oder genuinen Epilepsie hierher.

Möbius.

33. **Die Sehnenreflexe und ihre Bedeutung für die Pathologie des Nervensystems**; von Dr. Maxim. Sternberg. Leipzig u. Wien 1893. Fr. Deuticke. Gr. 8. XII u. 331 S. mit 8 Abbildungen. (9 Mk.)

Der Vf. hat mehrere Jahre der Untersuchung der Sehnenreflexe gewidmet. Er hat theils Thierversuche angestellt, theils klinische und anatomische Beobachtungen, die sich auf mehr als 6000 Fälle gründen, im k. k. allgemeinen Krankenhause gesammelt. Die Ergebnisse seiner eigenen Forschungen und seiner ausgebreiteten Literaturstudien hat er in der hier angezeigten grossen Monographie niedergelegt und hat damit ein Werk geliefert, in dem nicht nur der Gegenstand mit einer bis jetzt nicht erreichten Vollständigkeit erörtert ist, sondern auch zahlreiche neue Thatsachen und Correkturen bisher geltender Auffassungen enthalten sind.

Die Sehnenreflexe sind nach Vf. wahre Reflexe, theils Knochen-, theils Muskel-Reflexe. Der Reflexbogen steht theils durch die Pyramidenbahn, theils durch die indirekte Hirn-Muskel-Bahn und durch kurze Bahnen unter dem Einflusse der höher gelegenen spinalen und cerebralen Apparate und durch diesen Einfluss wird der Reflex bald erleichtert, bald erschwert. Die Sehnenreflexe stehen weder mit der mechanischen Erregbarkeit der Muskeln, noch mit dem Tonus, noch mit der Coordination der Bewegungen in direktem ursächlichem Zusammenhange. Ihr Zweck ist der, eine Schutzvorrichtung an den Gelenken gegen Stösse und Zerrungen zu sein.

Da die Untersuchung Gesunder, sobald sie vollständig ausgeführt wird, so gut wie nie Fehlen aller Sehnenreflexe ergiebt, ist dieses als entschieden pathologisch anzusehen. Obwohl die Stärke der Sehnenreflexe bei Gesunden in weiten Grenzen schwankt, so sind doch die eigentlich klonischen Phänomene immer pathologisch.

Bei krankhaften Zuständen können die Sehnenreflexe verschwinden durch cerebrale Hemmung im Koma, durch starkes Fieber, durch grosse Erschöpfung, durch spinale oder cerebrale Hemmung, durch Läsion des Reflexbogens. [Vf. nennt hier als mögliche Ursache des Fehlens der Sehnenreflexe auch die Neurasthenie. Das ist wohl nicht richtig, stimmt auch nicht mit seinen früheren Erörterungen.] Am interessantesten ist das neuerdings vielfach erörterte dauernde Fehlen der Sehnenreflexe bei unversehrtem Reflexbogen durch höher gelegene spinale oder cerebrale Herde. Es kommen hauptsächlich in Betracht Gehirngeschwülste und Querläsionen des Halsmarkes. Vf. tritt mit Entschiedenheit dafür ein, dass dieses Fehlen eine Hemmung, nicht eine Ausfallserscheinung (wie Jackson u. A. annehmen) sei. Nach ihm ist das Experimentum crucis von Barbé angestellt worden. Dieser hat das Kniephänomen bei einem Enthaupteten nachgewiesen. Der Einwand, dass ein Reizvorgang nur vorübergehendes, nicht lange dauerndes Fehlen der Sehnenreflexe bewirken könne, ist nach Vf. nicht durchschlagend,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Steigerung der Sehnenreflexe kann nur mit Vorsicht diagnostisch verwerthet werden. Ihre wichtigsten Ursachen sind: Ermüdung, allerhand Schwächezustände, mässiges Fieber, Vergiftungen, Wegfall cerebraler Hemmung, Reizvorgänge im Gehirne, im Rückenmarke, in peripherischen Theilen, functionelle Neurosen. Man hat nach Vf. bisher zu einseitig den Wegfall der Hemmung betont, die Erleichterung der Sehnenreflexe durch Reizvorgänge zu wenig beachtet.

Sehr ausführlich erörtert Vf. das Verhältniss zwischen Sehnenreflexen und Contrakturen, wobei er Contraktur im weitesten Sinne des Wortes nimmt. Er unterscheidet „reflexophile", „reflexodepressorische" und „reflexoneglektorische" Contrakturen. Die reflexophilen Contrakturen decken sich ungefähr mit dem, was man sonst aktive oder spastische Contraktur nennt. Ihr steht die passive Contraktur gegenüber, die durch Schrumpfung im Muskel entweder primär entsteht, oder zur aktiven Contraktur hinzutritt. Was nicht in eine dieser beiden Gruppen gehört, das sollte man nach des *Ref.* Ansicht nicht zur Contraktur rechnen. Vf. zählt denn auch die verschiedensten Zustände auf: die Rigidität unbekannter Natur bei Paralysis agitans, die aus unbewussten Willenserregungen entspringenden hysterischen „Contrakturen", die tonischen Krämpfe durch Hirnreiz (die sog. frühzeitigen Contrakturen bei Ventrikelblutungen und Aehnliches), die Krankheit Tetanus u. s. w., eine bunte Gesellschaft. Alle diese Formen der Muskelzusammenziehung müssen die Sehnenreflexe herabsetzen oder verschwinden lassen.

[*Ref.* muss seine Angabe, dass bei Greisen eine Abschwächung des Kniephänomens vorkommt, die bis zum Erlöschen gehen kann, dem Vf. gegenüber aufrecht erhalten. Vf. erklärt, er habe sie nicht bestätigt gefunden und man könne auf sie sich nicht verlassen, weil sie vor der Kenntniss des Jendrassik'schen Handgriffes erlangt sei. Nun ist dieser bei Gesunden gewöhnlich nicht nöthig, wenn also bei einem nicht unbeträchtlichen Bruchtheile der Greise auf gewöhnliche Weise kein Kniephänomen zu erlangen ist, so muss es doch zum mindesten abgeschwächt sein. Vf. giebt selbst an, dass alte Leute den „bahnenden" sensorischen Reizen weniger unterliegen, meint aber, dass in Wirklichkeit trotzdem gewöhnlich die Sehnenreflexe gesteigert seien. *Ref.* hat nie geleugnet, dass Steigerung der Sehnenreflexe bei alten Leuten vorkommt, aber seine positiven Angaben über die Abschwächung der Sehnenreflexe im Senium können dadurch, dass Vf. sie an seinem Materiale nicht bestätigt fand, nicht zu nichte werden.] Möbius.

34. **Lehrbuch der speciellen Chirurgie für Aerzte und Studirende;** von Dr. Franz Koenig, o. Prof. der Chirurgie, Geh. Med.-Rath, Direktor der chir. Klinik in Göttingen. 6. Aufl. II. Bd. Berlin 1893. A. Hirschwald. 8. 826 S. mit 121 Holzschn. (16 Mk.)

Nach nur wenigen Monaten ist dem 1. Bande der Koenig'schen speciellen Chirurgie auch der 2. Band in 6. Auflage gefolgt. K. hat die Krankheiten der Wirbelsäule aus diesem zweiten Bande herausgenommen und an den Kopf des demnächst erscheinenden 3. Bandes gesetzt.

Dass auch der vorliegende Band auf der Höhe der Wissenschaft steht, wird Jeder beim Durchlesen zugestehen müssen. Auf dem ganzen Gebiete der speciellen Chirurgie sind es vornehmlich die verschiedenen Erkrankungen des Bauches, die in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht auch in den letzten Jahren wieder grössere Fortschritte zu verzeichnen haben. Es ist deshalb auch eine Vermehrung dieses Bandes um fast 6 Bogen nöthig geworden. Nach Erscheinen des 3. Bandes werden wir nochmals auf das ganze Werk zu sprechen kommen. P. Wagner (Leipzig).

35. **Handbuch der topographischen Anatomie.** *Zum Gebrauch für Aerzte;* von Dr. Fr. Merkel, Prof. d. Anat. in Göttingen. II. Bd. 1. Lief. Braunschweig 1893. F. Vieweg u. Sohn. Gr. 8. 176 S. mit zahlreichen mehrfarbigen Holzstichen.

In dem vorliegenden Hefte, welches die 1. Lieferung des 2. Bandes bildet, wird die topographische Anatomie des Halses behandelt. Wenn in der Ankündigung hervorgehoben wird, dass der 2. Band nach den gleichen Grundsätzen bearbeitet werden soll wie der erste: durchaus eigene Untersuchung, originale Abbildungen und erschöpfende Darstellung, die auch diejenigen Gebiete genau berücksichtigt, die für ärztliche Specialfächer von Interesse sind, so liegt hierin die Erklärung, dass das Werk nur langsam fortschreiten kann. Wir werden nach Vollendung des 2. Bandes das hervorragende Werk eingehender besprechen.

P. Wagner (Leipzig).

36. **Grundriss der chirurgisch-topographischen Anatomie mit Einschluss der Untersuchungen am Lebenden.** *Für Aerzte und Studirende;* von Dr. Otto Hildebrand, Priv.-Doc. d. Chirurgie in Göttingen. Wiesbaden 1894. J. F. Bergmann. Gr. 8. 324 S. mit 92 theils mehrfarbigen Abbildungen im Text. (7 Mk.)

Der vorliegende Grundriss der chirurgisch-topographischen Anatomie wird durch ein Vorwort von F. König eingeleitet, in dessen Klinik H. lange Jahre Assistent gewesen ist. Obgleich wir bereits eine Anzahl guter kleiner, für die Chirurgie berechneter topographischer Bücher haben, hält König das Erscheinen des Hildebrand'schen Buches für gerechtfertigt. „Die chirurgisch-topographischen Leitfaden müssen, wenn sie etwas werth sein sollen, Kinder ihrer Zeit sein. Sie treiben nicht reine Wissenschaft, sondern sie sind „ad hoc", d. h. dem zeitlichen Streben und Arbeiten der chirurgischen Kunst in vielen Stücken angepasst." König hebt noch besonders hervor, dass sich gerade in dem H.'schen Buche Vieles findet, was man in einer Anzahl von Büchern, die sich in

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

den Händen der Studenten befinden, vermisst, und worauf er in seinen klinischen Stunden von jeher Gewicht gelegt hat: die Bemerkungen, die sich darauf beziehen, die topographische Anatomie am lebenden Körper zu studiren und zu lernen, dass man durch Sehen, Hören, Fühlen an der Körperoberfläche die unter den Hüllen liegenden anatomischen Theile dem geistigen Auge erschliessen kann.

Wir können uns dem König'schen Urtheile nur anschliessen. Der vorliegende Grundriss wird besonders den die chirurgische Klinik und den Operationscursus besuchenden Studenten von grossem Werthe sein. Der Preis des Buches ist bei der vortrefflichen äusseren Ausstattung (ausgezeichneter Druck!) ein verhältnissmässig geringer. Vielleicht ist es H. und dem Verleger möglich, bei weiteren Auflagen, ohne Erhöhung des Preises, die Abbildungen, und namentlich die farbigen, zu vermehren. P. Wagner (Leipzig).

37. **Technik der Massage**; von Dr. Albert Hoffa, Privatdocent für Chirurgie in Würzburg. Stuttgart 1893. F. Enke. Gr. 8. 74 S. mit 29 theilweise farbigen Abbild. im Text. (3 Mk.)

Ein ganz ausgezeichnetes Büchlein, dessen genaues Studium wir jedem Arzte nur auf's Dringendste anempfehlen können!

Die Arbeit bringt wesentlich das, was H. in seinen praktischen Cursen der Massage und Heilgymnastik seit Jahren lehrt. Er ist bekanntlich einer der eifrigsten Verfechter des sicher allein richtigen Standpunktes, dass nur die Aerzte berufen sind, die Massage auszuüben, dass sie aber hierzu das Wesen und den Werth derselben gründlich studirt haben müssen. Die Ausübung der Massage durch Laienhände ist durchaus verwerflich! „Die wissenschaftliche Massage (sagt H. in der Vorrede) ist eine Kunst, die sogar hervorragende Ansprüche an den ausübenden Arzt stellt. Dieser muss sich nämlich nicht nur die gar nicht leichte Massagetechnik aneignen, sondern er muss vor Allem auch eine absolut genaue palpatorische Diagnose der vorliegenden pathologischen Affektion stellen können. Nur auf Grund einer solchen Diagnose kann er dem Krankheitsherde erfolgreich zu Leibe gehen. Wenn es nun schon für ausgebildete Aerzte nicht leicht ist, sich die nöthige Technik zu erwerben, wenn es ferner gar nicht leicht ist, einem gebildeten Arzte die Palpation pathologischer Produkte, z. B. an den Gelenken, in den Muskeln bei rheumatischen Affektionen u. s. w. beizubringen, ist es da nicht ganz unmöglich, auch den mit dem besten Willen kommenden Laien in diesen Sachen zu unterrichten? Ich behaupte, dass jeder Laienmasseur, der selbständig die Massage ausübt, ein Pfuscher ist und bleibt, und strebe demgemäss das völlige Verbot der Laienmassage an."

H. bespricht zunächst die *allgemeine Technik der Massage:* das Streichen, Kneten, Reiben, Klopfen, die Erschütterung; die Einleitungsmassage und aktive und passive Bewegungen.

Den grösseren Theil des Büchleins nimmt die Beschreibung der *speciellen Technik der Massage ein,* wie sie an den verschiedenen Gliedern und Körpertheilen ausgeübt werden soll. Eine grössere Anzahl meist vortrefflich ausgeführter Holzschnitte erleichtert das Verständniss.

Hoffentlich bildet diese „Technik der Massage" nur den Anfang eines Lehrbuches der Massage, zu dessen Abfassung H. wie kaum ein Anderer geeignet erscheint. Jedenfalls würde ein solches Lehrbuch eine treffliche Ergänzung zu den ausgezeichneten Lehrbüchern H.'s über Frakturen und Luxationen, und über orthopädische Chirurgie bilden.

P. Wagner (Leipzig).

38. **Hygiene des Bodens.** *Mit besonderer Rücksicht auf Epidemiologie und Bauwesen;* von Prof. Josef von Fodor in Budapest. Mit 23 Abbild. u. 2 Curventafeln. Th. Weyl's Handb. d. Hyg. 1. Bd., 1. Abth., 2. Lief. (Lief. 4). Jena 1893. Gust. Fischer. 4. 210 S. (3 Mk. 60 Pf., bez. 4 Mk. 50 Pf.)

Wenn der Herausgeber, obwohl selbst ein hervorragender Schüler R. Koch's, doch in dem vorliegenden Buche einen Vertreter der anderen Richtung zur Mitwirkung veranlasste, so verdient dies für die Objektivität und Vielseitigkeit des grossartig angelegten Werkes besondere Hervorhebung. Andererseits vertritt F. durchaus nicht überall die v. Pettenkofer'schen Anschauungen, sondern ist in gewisser Beziehung Eklektiker.

Die Arbeit beschäftigt sich nach einer bis auf Moses und Hippokrates zurückgehenden Einleitung zunächst mit den allgemeinen Eigenschaften und Beziehungen des Bodens, seiner Struktur, seinen Temperaturverhältnissen, weiter mit Bodenfeuchtigkeit und Grundwasser, Grundluft, den organischen Substanzen und dem Verhalten der Bakterien im Boden. Hierbei weist F. auf die (abgesehen von den Bacillen des Milzbrandes, Tetanus und malignen Oedems) noch völlig negativen Forschungsergebnisse bezüglich des Vorkommens von Bakterien im Boden hin. Die Befunde bezüglich der Malaria sind ihm zweifelhaft.

Von hervorragender praktischer Bedeutung ist die Besprechung der *Einwirkung der Bodenverhältnisse auf die öffentliche Gesundheit.* Nach Feststellung, wie die für Auftreten gewisser Krankheiten erforderliche *örtliche und zeitliche Disposition* wesentlich auf den Boden zurückzuführen sei und nach weiteren Vorbemerkungen bespricht F. zuerst die Beziehungen des *Malariafiebers* zum Boden. Er bezeichnet es als rein miasmatisch und bezweifelt seinen Zusammenhang mit den Malariaplasmodien.

Vom *Gelbfieber* hebt er hervor, wie seine Epidemien von gewissen zeitlichen Durchfeuchtungsverhältnissen des Bodens wesentlich abhingen. Für

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

die Verbreitung der *Cholera,* bei der er einen dem v. Pettenkofer'schen nahen, aber doch eigenartigen Standpunkt einnimmt, hält F. die Betheiligung des Bodens zwar für wesentlich, aber keineswegs für ausschlaggebend und noch weniger für ausschliesslich oder specifisch. Auch an der Förderung des *Abdominaltyphus* schreibt er dem Boden, seiner Feuchtigkeit und Verunreinigung, den Strömungen und Schwankungen des Grundwassers zwar einen gewissen Antheil zu, hält aber den Einfluss der genannten Faktoren nicht für specifisch und unentbehrlich. Insbesondere könne ein Causalnexus zwischen Grundwasserschwankungen und Typhus nicht bewiesen und noch weniger erklärt werden. Dagegen betont F., dass beim Auftreten und bei der Verbreitung der *epidemischen Sommerdiarrhöe* die oberflächliche Verunreinigung des Bodens (wahrscheinlich durch Produktion der Infektionserreger) eine Rolle spiele. Die Verbreitung der *Diphtherie* und ebenso der *Tuberkulose* sollen ein feuchter Boden, feuchte Häuser und Wohnungen zu fördern vermögen, aber nicht durch Vermittelung der im Boden verlaufenden Zersetzungsprocesse, sondern vielmehr durch die bakterienconservirende Wirkung der feuchten Oberfläche.

Ein weiteres Capitel betrifft *Verseuchung und Assanirung des Bodens.* Letztere kann einerseits durch Austrocknung, Drainage u. dgl., Cultivirung, Bepflanzen mit Bäumen, oder durch constantes Unterwassersetzen, z. B. bei Verwandlung von Sümpfen in Seen, geschehen.

Ein Schlusscapitel behandelt die *Methoden der hygieinischen Bodenuntersuchung* unter Abbildung der von F. benutzten Instrumente, Erdbohrer und eines transportablen Kästens mit Glaskolben, Cylindern u. dgl.

Jedem Capitel ist ein Literaturverzeichniss, der ganzen Arbeit ein alphabetisches Inhaltsverzeichniss beigegeben. R. Wehmer (Berlin).

39. **Die Einwirkung hygienischer Werke auf die Gesundheit der Städte mit besonderer Rücksicht auf Berlin**; von Dr. Th. Weyl, Schriftführer der D. Gesellsch. f. öff. Geshpfl. in Berlin. Jena 1893. Gust. Fischer. Kl. 4. 70 S.

W. beschreibt im ersten Theile die vielfachen, seit Anfang der 70er Jahre, zum Theil unter Führung von Virchow und Hobrecht getroffenen hygieinischen Einrichtungen Berlins: Wasserversorgung, Kanalisation, Krankenhäuser und andere Anstalten für Hülflose und Kranke, Desinfektionsanstalten, Schlacht- und Viehhof mit seinen Einrichtungen, Fleischbeschau, Markthallen, Turnhallen, städtische Parks, Badeanstalten, Asyl für Obdachlose. Weiter giebt er eine Uebersicht über die Ausgaben der Stadt Berlin für hygieinische Zwecke die von 1871—1892 zusammen 187136390 Mark betrugen.

Im zweiten Theile sucht er auf Grund eingehender Statistik der Todesfälle und einzelner Krankheiten den Beweis zu führen, dass Berlins Gesundheitsverhältnisse thatsächlich in erheblicher Weise durch diese Einrichtungen, insbesondere die Wasserversorgung und Kanalisation, gebessert worden seien.

W. hat den Hauptinhalt seiner Arbeit der med. Gesellschaft in Berlin vorgetragen und hier eine sehr angeregte Diskussion hervorgerufen.

R. Wehmer (Berlin).

40. **Ancient Egyptian medicine.** *A bibliographical demonstration in the library of the faculty of physicians and surgeons of Glasgow, Jan. 12. 1893;* by James Finlayson. Glasgow 1893. 8. 55 pp.

Eine anregend geschriebene Zusammenstellung Dessen, was über die Medicin der alten Egypter da und dort aus den Quellen mitgetheilt worden ist, in etwas loser Aneinanderreihung. F. beginnt mit einer kurzen Erwähnung griechischer und lateinischer Quellenschriften und giebt dann Exkurse über die Pastophoren und die angebliche Verfehmung der Paraschiten, wirft sodann einen kurzen Blick auf den Gang der Entzifferung egyptischer Schriftzüge und auf Aeusserlichkeiten der Papyri, würdigt kurz die Legende vom Vogel Ibis als Vater des Klystirsetzens und weist unsere mangelhafte Kenntniss von angeblichen Amputationen im alten Egypten nach. Die Hauptsache bildet eine Uebersicht über die bekannt gewordenen medicinischen Papyri. Zuerst wird der Papyrus *Ebers* besprochen unter facsimilirter Wiedergabe einer Spalte desselben und deren Hieroglyphischer Transscription. Eingestreut finden sich kurze Auseinandersetzungen über die egyptischen Anschauungen von Krankheit und Tod, über magische Besprechungen, Ohrenkrankheiten, Wurmkrankheiten, über ȧaȧ, ȕha und ȕchedȕ, über Augenkrankheiten und das Gefässsystem, über die Möglichkeit einer Beeinflussung des aphoristischen hippokratischen Stils durch egyptische Schriftsteller, über Maasse und Gewichte. Sodann wird eingegangen auf den Berliner Papyrus *Brugsch,* gleichfalls unter Beigabe eines Facsimile; auch hier wird die Frage der Beeinflussung der Hippokratischen Schule durch die Egypter geprüft, ebenso die ȕha und ȕhet, sowie die Incantationen. Zuletzt bespricht F. den medicinischen Papyrus des britischen Museum (mit hieroglyphischer Transscription) und geht auf die conventionelle Formel ein, dadurch einem Buche grössere Weihe zu verleihen, dass man es als in einem Tempel gefunden ausgab. Medicinische Fragmente in egyptischen und babylonischen Quellen machen den Schluss. Karl Sudhoff (Hochdahl).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

C. Medicinische Bibliographie des In- und Auslands.

Sämmtliche Literatur, bei der keine besondere Jahreszahl angegeben ist, ist vom Jahre 1893.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

(Meteorologie.)

Abel, John J., u. Archibald Muirhead, Ueber d. Vorkommen von Carbaminsäure im Menschen- u. Hundeharn nach reichl. Genuss von Kalkhydrat. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXII. 5 u. 6. p. 467.

Argutinsky, P., Ueber d. elementare Zusammensetzung d. Ochsenfleisches. Arch. f. Physiol. LV. 7 u. 8. p. 345.

Bachmann, Otto, Leitfaden zur Anfertigung mikroskop. Dauerpräparate. München. R. Oldenbourg. Gr. 8. X u. 332 S. mit 104 Abbild. 6 Mk.

Barillé, A., Thermomètre électrique avertisseur pour étuves de laboratoire. Ann. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 1. p. 27. Janv. 1894.

Barréra, A. G., L'azote et l'eau dans la bile et dans les urines. Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 139.

Beilstein, F., Handbuch der organ. Chemie. 3. Aufl. 1. Bd. Hamburg. Voss. Lex.-8. XLII u. 1586 S. 45 Mk.

Bezold, Friedr., Ein paar Bemerkungen zur continuirl. Tonreihe. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIV. 4. p. 265.

Bezold, Friedr., Demonstration der continuirl. Tonreihe in ihrer neuen, von Dr. *Edelmann* verbesserten Form. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIV. 1 u. 2. p. 66.

Bleibtreu, Leopold, Ueber die quantitativen Verhältnisse d. Eiweisskörper im Blutserum von Kranken. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 46.

Boruttau, Heinrich, Vergleichende Untersuchungen über d. Chemismus im Herz- u. Körpermuskel. Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 5 u. 6. p. 513.

Daiber, A., Ueber d. Nachweis von Glykose im Harne. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 2. 1894.

Dubs, Der Einfluss des Chloroforms auf d. künstl. Pepsinverdauung. Virchow's Arch. CXXXIV. 3. p. 519.

Duclaux, Sur les analogies entre le procès de fermentation et de combustion solaire. Ann. de l'Inst. Pasteur VII. 7. p. 751. Nov.

Ebstein, Wilhelm, Notiz über d. Verhalten d. Pentaglykosen (Pentosen) im menschl. Organismus. Virchow's Arch. CXXXIV. 2. p. 361.

Ebstein, Wilhelm, u. Carl Schulze, Ueber d. Einwirkung d. Kohlensäure auf d. diastat. Fermente d. Thierkörpers. Virchow's Arch. CXXXIV. 3. p. 475.

Fischer, Bernh., Jahresbericht d. chem. Untersuchungsamts d. Stadt Breslau für die Zeit vom 1. April 1892 bis 31. März 1893. Breslau. E. Morgenstern's Verl. Gr. 8. II u. 62 S. mit 5 Tafeln. 1 Mk. 20 Pf.

Fränkel, Sigmund, Ueber die Darstellung u. Bestimmung des Glykogens mittels Trichloressigsäure. Arch. f. Physiol. LV. 7 u. 8. p. 378.

Frey, M. von, Ein Verfahren zur Bestimmung d. Trägheitsmomentes von Schreibhebeln. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 6. p. 485.

Gillespie, Alex. Lockhart, Some practical results from the chemical examination of the contents of the healthy stomach. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 54.

Glinsky, A., Cholestearin im Harne. Wratsch 35. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Gulewitsch, Wl., Ein Beitrag zur Gewinnung d. Glykogens aus d. Leber. Arch. f. Physiol. LV. 7 u. 8. p. 392.

Harley, V., Ueber d. physiolog. Abbau d. Traubenzuckers. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl.-Bd. p. 46.

Hoorweg, J. L., Over den electro-dynamometer van *Giltay*. Nederl. Weekbl. I. 2. 1894.

Jahresbericht über die Fortschritte der Thierchemie u. d. physiol. u. patholog. Chemie. Begründet von *R. Maly*, herausgeg. von *M. Nencki* u. *Rud. Andreasch*. 22. Bd., Bericht über d. J. 1892. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. VII u. 694 S. 20 Mk.

Jolles, Adolf, Ueber den Nachweis von Gallenfarbstoffen im Harne. Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 5 u. 6. p. 545.

Kelling, G., Ueber Rhodan im Mageninhalt, zugleich ein Beitrag zum *Uffelmann*'schen Milchsäure-Reagens u. zur Prüfung auf Fettsäuren. Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 5 u. 6. p. 397.

Krüger, Martin, Zur Kenntniss d. Adenins u. Hypoxanthins. Die Constitution d. Adenins u. Hypoxanthins. Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 5 u. 6. p. 423. 459. — Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 6. p. 550,

Kühne, W., Erfahrungen über Albumosen u. Peptone. Ztschr. f. Biol. XXX. 2. p. 221.

Külz u. Vogel, Zur Kenntniss d. Isomaltose. Med. Centr.-Bl. XXXI. 49.

Kukula, Ottokar, Ueber den kohlens. Kalk in Harnsteinen. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 52. 1893. XLIV. 1. 2. 3. 1894.

Liebermann, Leo, u. Béla von Bittó, Ueber Nucleinsäure. Med. Centr.-Bl. XXXI. 45.

Lilienfeld, Leon, Zur Chemie d. Leukocyten. Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 5 u. 6. p. 473.

Lilienfeld, Ueber d. Farbenreaktionen d. Mucins. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 6. p. 554.

Lilienthal, Howard, Hippuric and benzoic acid. New York med. Record XLIV. 17. p. 543. Oct.

Livierato, P. E., Ricerche sulle oscillazioni della quantità del glicogeno nel sangue di sani e malati. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 3. p. 379.

Loewy, Ad., Zur Mechanik d. Bluttitration. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 6. p. 555.

Marfori, Pio, Ueber d. Ammoniakmengen, welche d. Organismus in Harnstoff umzuwandeln vermag. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 1. p. 72.

Mörner, Carl Th., Ueber d. im Hühnereiweiss in reichlicher Menge vorkommende Mucinsubstanz. Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 5 u. 6. p. 525. — Med. Centr.-Bl. XXXI. 43.

Mörner, K. A. H., Reducirende Substanz aus d. Globulin d. Blutserum. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 20.

Munk, Immanuel, Zur quantitativen Bestimmung d. Eiweiss- u. Extraktivstoffe in d. Kuh- u. Frauenmilch. Virchow's Arch. CXXXIV. 3. p. 501.

Niemann, F., Ueber d. Menge flüchtiger Schwefelverbindungen in d. festen Ausscheidungen. Arch. f. Hyg. XIX. 2. p. 117.

Niemann, F., u. Stagnitta-Balistreri, Ueber d. Vorkommen von Mercaptan. Mitgetheilt von *Max Rubner*. Arch. f. Hyg. XIX. 2. p. 136.

Orzechowski, Bonifacy Oksza, Ueber den

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Einfl. einiger organ. Substanzen auf d. Eiweissgerinnung. Diss. Bern. H. Koerber. Gr. 8. 20 S. 40 Pf.

Pflüger, E., Ueber d. Analyse d. Glykogens nach Dr. *W. Gulewitsch*. Arch. f. Physiol. LV. 7 u. 8. p. 394.

Péré, A., Sur la formation des acides lactiques isomères. Ann. de l'Inst. Pasteur VII. 7. p. 737. Nov.

Piatkowski, Marian, Ueber d. Werth d. quantitativen Bestimmung kleiner Zuckermengen (mittels der *Fehling*'schen Flüssigkeit im Vergleiche mit anderen Methoden). Wien. klin. Wchnschr. VII. 2. 1894.

Popoff, P. M., Ueber d. Einwirkung von eiweissverdauenden Fermenten auf d. Nucleinstoffe. Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 5 u. 6. p. 533.

Repmann, A. Ch., Ueber eine Aluminiumbatterie. Neurol. Centr.-Bl. XII. 23. p. 837.

Röhmann, F., Zur Kenntniss d. Isomaltose. Med. Centr.-Bl. XXXI. 51.

Romaro, Vittorio, Ricerche intorno all'indicano in rapporto alle diverse combinazioni morfologiche. Gazz. degli Ospit. XV. 4. 1894.

Romaro, Vittorio, Ricerche sull'urea in rapporto alle diverse combinazioni morfologiche. Gazz. degli Ospit. XV. 7. 1894.

Rywosch, D., Allgemeines über den Thierharn. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 47. 48.

Rywosch, D., Ueber d. Verhalten der Schweinegalle gegen neutrale Salze b. Gegenwart von taurochols. oder glykochols. Natron. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 18.

Salkowski, E., Ueber eine im Hühnereiweiss vorkommende Mucoidsubstanz. Med. Centr.-Bl. XXXI. 43.

Salkowski, E., Ueber d. Abspaltung reducirender Substanzen aus d. Eiweisskörpern d. Leber. Med. Centr.-Bl. XXXI. 52.

Schiele, Wolfg., Ein Beitrag zur Bedeutung der Salzsäure bei der Verdauung des Eiweisses im Magen. Inaug.-Diss. Jurjew [Dorpat]. E. J. Karow. Gr. 8. 53 S. 1 Mk.

Schöpp, Adolf, Ueber d. Ausscheidung d. Chloride b. Carcinomatösen im Verhältniss zur Aufnahme derselben. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 47.

Severi, A., Modo di separare gli acidi dell'arsenico nei liquidi organici. Rif. med. IX. 263.

Teich, Max, Die Methode von *Petterson* u. *Palmqvist* zur Bestimmung d. Kohlensäure in d. Luft. Arch. f. Hyg. XIX. 1. p. 38.

Thomsen, Axel, Kvantitativ Saltsyrebestemmelse i Maveindhold. Nord. med. ark. N. F. III. 5. Nr. 26.

Weidenbaum, Joseph, Ueber Dr. *S. Fränkel's* quantitative Analyse d. Glykogens. Eine Erwiderung. Arch. f. Physiol. LV. 7 u. 8. p. 380.

S. a. II. Albanese, Bial, Brown-Séquard, Frey, Gibbs, Hamburger, Inoko, Jones, Knöpfelmacher, Martin, Münzer, Schoumow, Seegen, Unna, Vierordt, Ziegler, Zuntz. III. Albu, Behring, Biernacki, Brieger, Dahmen, Ewald, Grawirowsky, Hesse, Heyse, Liebreich, Neisser, Scott, Sommaruga, Wladimiroff. IV. 2. Fahm, Oriou; 5. Boas, Gillespie, Kanel, Westphalen; 6. Keller, Posner, Salomonsen; 7. Garrod; 8. Mya; 9. Münzer, Rywosch, Schöpp; 2. d. Routh. IX. Bondurant. X. Pryce. XIII. 2. Poehl. XIV. 1. Kisch; 3. Baudet, Repmann. XV. Lohmann.

II. Anatomie und Physiologie.

(Anthropologie, Ethnologie, Zoologie, vgl. Anatomie, Entwicklungsgeschichte.)

Abelous, J. E., Contribution à l'étude de l'action de la propeptone et de la peptone sur la circulation. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 53. Janv. 1894.

Abercrombie, John, A case of congenital deficiency of chest wall. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 225.

Adamkiewicz, A., Psycho-physische Processe. Aerztl. Centr.-Anzeiger VI. 1. 1894.

Adamük, E., Zur Frage über d. Einfl. d. Chorioidea auf d. Ernährung d. Netzhaut. Arch. f. Augenhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 250.

Albanese, Manfredi, L'influenza della composizione dei liquidi nutritivi sulla funzione del cuore di rana. Arch. di Farm. e Ter. I. 22. p. 673.

Albertoni, A., La sécrétion biliaire dans l'inanition. Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 134.

Albini, G., Le mouvement considéré comme facteur principal des pertes invisibles dans le poids des animaux. Détermination avec la méthode graphique. Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 149.

Alston, Henry, The so-called anti-toxic action of the liver. Lancet I. 1. p. 62. Jan. 1894.

Altmann, Rich., Die Elementarorganismen u. ihre Beziehungen zu d. Zellen. 2. Aufl. Leipzig. Veit u. Co. Lex.-8. VII u. 160 S. mit 9 Abbild. u. 34 farb. Tafeln. 32 Mk.

Anatomische Hefte. Ref. u. Beitr. zur Anatomie u. Entwicklungsgeschichte, herausgeg. von *Fr. Merkel* u. *R. Bonnet*. 1. Abth.: Arbeiten aus anatom. Instituten. 9. Heft. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. III. Bd. S. 229—389 mit 7 Tafeln. 12 Mk. 60 Pf.

Andriezen, W. L., On a system of fibre-cells surrounding the blood-vessels of the brain of man and mammals, and its physiological significance. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. X. 11. p. 532.

Andriezen, W. Lloyd, The morphology, origin and evolution of the pituitary body, and its relation to the central nervous system. Brit. med. Journ. Jan. 13. 1894.

Angelucci, A., Sur les altérations trophiques de l'oeil consécutives à l'extirpation du ganglion cervical supérieur du sympathique chez les mammifères. Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 67.

Anton, Wilh., Zur Kenntniss der congenitalen Deformitäten d. Nasenscheidewand. Arch. f. Ohrenhkde. XXXV. 3 u. 4. p. 304.

Arloing, S., Modifications rares ou peu connues de la contraction des cavités du coeur sous l'influence de la section et des excitations des nerfs pneumogastriques. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 163. Janv. 1894.

Arthaud, Gabriel, Etude sur la courbe de croissance et sur les variations du poids de l'homme. Progrès méd. XXI. 47.

Baginsky, B., Ueber d. Verhalten von Nervenendorganen nach Durchschneidung d. zugehörigen Nerven. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 6. p. 559.

Ballance, H. Stanley, A case of anencephalic foetus. Obstetr. Soc. Transact. XXXV. p. 297.

Ballantyne, J. W., Studies in foetal pathology and teratology: Allantoido-angiopagous twins. — Paracephalus dipus acardiacus. Edinb. med. Journ. XXXIX. 5. p. 410. Nov.

Ballowitz, Emil, Ueber d. Bau d. elektr. Organs von Torpedo mit besond. Berücksicht. d. Nervenendigungen in demselben. Arch. f. mikroskop. Anat. XLII. 3. p. 459.

Ballowitz, Emil, Ueber d. Vorkommen echter peripher. Nervenendnetze. Anatom. Anzeiger IX. 5 u. 6.

Baum, Hermann, Besteht eine Verbindung zwischen d. Kapselbande d. Kniescheibengelenks u. d. des Ober-Unterschenkelbeingelenks beim Pferde? Arch. f. wiss. u. prakt. Thierhkde. XX. 1. 1894.

Baumgarten, E., Nez antérieur double; 2 cloisons cartilagineuses et 3 narines. Revue de Laryngol. etc. XV. 1. p. 10. Janv. 1894.

Baur, G., Ueber Rippen u. ähnl. Gebilde u. deren Nomenclatur. Anatom. Anzeiger IX. 4.

Bazy, P., De l'absorption par les voies urinaires. Gaz. des Hôp. 139.

Bechterew, W. von, Die Leitungsbahnen im Gehirn u. Rückenmark. Uebersetzt unter Mitwirkung d. Vfs. von *J. Weinberg*. Leipzig. E. Besold. Gr. 8. XII u. 210 S. mit 16 Abbild. u. 1 farb. Tafel. 6 Mk.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Bechterew, W. von, u. P. Ostankow, Ueber d. Einfluss d. Grosshirnrinde auf d. Schluckakt. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 2. p. 94. 1894.

Beck, A., Ueber die Aufsaugung fein vertheilter Körper aus d. serösen Höhlen. Wien. klin. Wchnschr. VI. 46.

Berkley, Henry J., On complex nerve terminations and ganglion cells in the muscular tissue of the heart ventricle. Anatom. Anzeiger IX. 1 u. 2.

Bertelli, D., Anatomie comparée de la membrane du tympan. Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 159.

Bertram, C. A. Windle, Some conditions related to double monstrosity. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 1. p. 25. Oct.

Bial, Manfred, Ueber d. Beziehungen d. diastat. Ferments d. Blutes u. d. Lymphe zur Zuckerbildung in d. Leber. Arch. f. Physiol. LV. 9 u. 10. p. 434.

Biedert u. Camerer, Aufruf zur Mittheilung von Wägungen u. Messungen b. Kindern. Berl. klin. Wochenschr. XXX. 51.

Bleibtreu, Max, Widerlegung der Einwände d. Herrn *H. J. Hamburger* gegen d. Princip der von *L. Bleibtreu* u. mir begründeten Methode der Blutkörperchenvolumbestimmung. Arch. f. Physiol. LV. 7 u. 8. p. 402.

Bourneville, Un cas d'hémimélie bi-abdominale. Progrès méd. XXI. 43.

Bowles, Robert L., Ueber d. Einfluss d. Sonnenstrahlen auf d. Haut. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 1. p. 16. 1894.

Brachet, A., Etudes sur la résorption du cartilage et le développement des os longs chez les oiseaux. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. X. 9. p. 391.

Brandis, Ueber Muskelkraft u. Muskelermüdung. Württemb. Corr.-Bl. LXIII. 33.

Brissaud, E., La fonction visuelle et le cuneus; étude anatomique sur la termination corticale des radiations optiques. Ann. d'Oculist. CX. 5. p. 321. Nov.

Brissaud, E., Localisation corticale des mouvements de la face. Progrès méd. XXI. 52.

Brown, Macdonald, Variations in the position and development of the kidneys. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 2. p. 194. Jan. 1894.

Brown-Séquard et d'Arsonval, Nouvelles recherches démontrant que la toxicité de l'air expiré dépend d'un poison provenant des poumons et non de l'acide carbonique. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 113. Janv. 1894.

Bumm, A., Experimentelle Untersuchungen über d. Corpus trapezoides u. d. Hörnerven d. Katze. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Imp.-4. 31 S. mit 21 Abbild. auf 2 Taf. u. 2 Bl. Erklär. 10 Mk. 60 Pf.

Bunzel, Rud., Ueber die Herzthätigkeit u. Blutbewegung bei Amphibienlarven u. deren Beeinflussung durch d. Temperatur. Ztschr. f. Heilkde. XIV. 5 u. 6. p. 461.

Burckhardt, Rudolf, Die Homologien des Zwischenhirndaches u. ihre Bedeutung f. d. Morphologie d. Hirns b. niederen Vertebraten. Anatom. Anzeiger IX. 5 u. 6.

Burlureaux et Guerber, Note sur les injections sous-cutanées copieuses et lentes, faites au moyen d'appareils spéciaux. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 135. Janv. 1894.

Butkewitsch, R. O., Ein Fall von andauerndem Hunger [51 Tage langes Liegen im Schnee bei grosser Kälte ohne Erfrieren]. Westn. obschtsch. gig., sud. i prakt. Med. April. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Calmann, Adolf, Ein Beitrag zur Casuistik der Missbildungen an Zunge u. Kehlkopf. Virchow's Arch. CXXXIV. 2. p. 337.

Carmichael, James, A boy aged 7 years with heart on the right side. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. 237.

Carrière, G., Structure et fonctions du corps pituitaire. Arch. clin. de Bord. II. 12. p. 589. Déc.

Carter, William S., The globulicid action of blood-serum. Univers. med. Mag. VI. 3. p. 170. Dec.

Cavazzani, Emilio, Sull'influenza vasomotrice del simpatico cervicale, contributo allo studio della circolazione cerebrale. Riv. sperim. di fren. e di med. leg. XVIII. 2. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 20. p. 691.

Charles, R. Havelock, The influence of function, as exemplified in the morphology of the lower extremity of the panjabi. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 1. p. 1. Oct.

Chievitz, J. H., Oversigt over de nyere Undersögelser om Nervesystemets Sammensätning. Bibl. f. Läger 7. R. IV. S. 171.

Coley, Frederic C., A case of transposed viscera. Lancet II. 18. p. 1059. Oct.

Colrat, Pression artérielle étudiée comparativement chez les vieillards et chez l'enfant. Lyon méd. LXXIV. p. 488. Déc.

Colucci, Cesare, Conseguenze della recisione del nervo ottico nella retina di alcuni vertebrati. Gazz. degli Ospit. XIV. 153.

Contejean, Ch., Sur la digestion gastrique de la graisse. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 125. Janv. 1894.

Cooke, Thomas, The teaching of anatomy. Lancet II. 19. 22. p. 1153. 1350. Nov.

Coues, W. P., Mastoid measurements. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 12. p. 299. Sept.

Cuperus, J. N., u. H. Zwaardemaker, Ueber d. presbyakusische Gesetz an d. unteren Grenze unseres Gehörs. Arch. f. Ohrenhkde. XXXV. 3 u. 4. p. 299.

Czermak, N., Einige Ergebnisse über d. Entwicklung, Zusammensetzung u. Funktion d. Lymphknötchen d. Darmwand. Arch. f. mikroskop. Anat. XLII. 4. p. 581.

Czerny, Adalbert, Die Ernährung d. Säuglings auf Grundlage der physiol. Funktionen seines Magens. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 42.

Daae, Hans, Beitrag zur Anthropologie d. Ohres b. Verbrechern. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIV. 4. p. 288.

Debierre, C., et Bole, Essai sur la morphologie comparée des circonvolutions cérébrales de quelques carnassiers. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXIX. 6. p. 637. Nov.—Déc.

Dessoir, Max, Ueber die centralen Organe für d. Temperaturempfindung d. Extremitäten. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 6. p. 525.

Dexter, Franklin, An intestinal anomaly. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 19. p. 479. Nov.

Dogiel, A. S., Zur Frage über d. Verhalten d. Nervenzellen zu einander. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 429.

Dogiel, A. S., Die Nervenendigungen in d. Thränendrüse d. Säugethiere. Arch. f. mikroskop. Anat. XLII. 4. p. 632.

Doyon, M., De l'action exercée par le système nerveux sur l'appareil excréteur de la bile. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 19. Janv. 1894.

Druebin, Simon, Die Herstellung wägbarer Mengen von Blutplättchen b. d. Säugethieren u. d. wirklichen Blutplättchen d. Frosches. Inaug.-Diss. Jurjew [Dorpat]. E. J. Karow. Lex.-8. 63 S. 1 Mk. 50 Pf.

Druebin, S., Ueber Blutplättchen d. Säugethiers u. Blutplättchen d. Froschs. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl.-Bd. p. 211.

du Mesnil, Theodor, Ueber das Resorptionsvermögen d. normalen menschl. Haut. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 1 u. 2. p. 47.

Durand, G., Disposition et développement des muscles dans l'iris des oiseaux. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXIX. 5. p. 604. Sept.—Oct.

Duval, Le placenta des carnassiers. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXIX. 6. p. 663. Nov.—Déc.

Engel, Mikrophotogramme zur Entstehung der

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

körperl. Elemente d. Blutes. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 48. p. 1279.

Erlenmeyer, Albrecht, Zu d. Rauminhalt des Verdauungskanals. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 44.

Eschen, J., Musculus iliopsoas som Rotator. Bibl. f. Läger 7. R. IV. S. 198.

Ewart, J. C., The development of the skeleton of the limbs of the horse, with observations on polydactyly. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 2. p. 236. Jan. 1894.

Exner, Sigmund, Negative Versuchsergebnisse über d. Orientirungsvermögen d. Brieftauben [Sitz.-Ber. d. k. Akad. d. Wiss.] Wien. F. Tempsky in Comm. Lex.-8. 14 S. 40 Pf.

Falk, M., Kiemen-Rudimente b. einem Erwachsenen. Boln. gas. Botk. 38. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Fano, G., Sulla funzione e sui rapporti funzionali del corpo tiroide. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 3. p. 519.

von Foller, Ein Maassstab f. d. sogen. grobe motor. Kraft. Neurol. Centr.-Bl. XII. 22.

Fraenkel, M. O., Eine Selbstbeobachtung über Gefühlston. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. VI. 2 u. 3. p. 232.

Francke, K., Die Schwankungen d. Reizzustandsgrösse, d. i. der Intensität, bez. d. Umfangs d. Lebens im menschl. Körper. Experimentaluntersuchungen. Leipzig. G. Thieme. Fol. 36 S. mit 93 Abbild. 16 Mk.

Frey, Max von, Die Gefühle u. ihr Verhältniss zu d. Empfindungen. Leipzig. E. Besold. Gr. 8. 24 S. 1 Mk.

Frey, M. von, Der Tonograph mit Luftfüllung. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 16.

Frey, M. von, Einige Bemerkungen über d. Herzstoss. Münchn. med. Wchnschr. XL. 46.

Fritsch, Zur Innervation d. elektr. Organe. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 6. p. 554.

Gaule, Justus, Die trophischen Eigenschaften d. Nerven. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 44. 55. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 20. p. 705.

Gaupp, E., Ueber die Anlage der Hypophyse bei Sauriern. Arch. f. mikroskop. Anat. XLII. 3. p. 569.

Geigel, Richard, Untersuchungen über künstl. Abänderung der elektr. Reaktion der menschl. Nerven. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 1 u. 2. p. 178. — Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 6. 7.

Gerlach, E., Zur Kenntniss d. Muskelstarre. Mitgetheilt von *O. Langendorff*. Arch. f. Physiol. LV. 9 u. 10. p. 481.

Gerlach, L., u. F. Schlagintweit, Skelettafeln zum Einzeichnen d. Muskeln b. Vorlesungen über Myologie. Erlangen. Th. Blaesing. 4. 8 S. mit 40 Taf. 2 Mk.

Giacomini, C., Sur les anomalies de développement de l'embryon humain. Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 76.

Gibbs, Wolcott, u. Edward T. Reichert, Systemat. Untersuchung d. Wirkung constitutionell verwandter chem. Verbindungen auf d. thier. Organismus. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl.-Bd. p. 201.

Gibney, V. P., Multiple congenital deformities with arrest of development, more especially a deformity of the hand resembling „walrus fin". New York med. Record XLIV. 27. p. 835. Dec.

Goldscheider, A., u. A. Blecher, Versuche über d. Empfindung d. Widerstandes. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 6. p. 536.

Goldzieher, W., Beitrag zur Physiologie der Thränensekretion. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 1. p. 9.

Golubew, W. Z., Ueber d. Blutgefässe in d. Niere d. Säugethiere u. d. Menschen. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. X. 11. p. 541.

Goronowitsch, N., Weiteres über d. ektodermale Entstehung von Skelettanlagen im Kopfe d. Wirbelthiere. Morphol. Jahrb. XX. 3. p. 425.

Goto, Seïtaro, Der Laurer'sche Kanal u. die Scheide. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 24.

Grawitz, E., Bemerkungen zu d. Artikel: „neue Untersuchungen über Blutveränderungen nach therm. Eingriffen" von Dr. *W. Winternitz* in Nr. 49 v. J. des Centralbl. Centr.-Bl. f. klin. Med. XXI. 2. 1894.

Greppin, L., Ueber d. Neuroglia d. menschl. Hirnrinde. Anatom. Anzeiger IX. 3.

Griffiths, Joseph, Symmetrical talipes dorsalis in an acephalous foetus. Brit. med. Journ. Dec. 30.

Griffiths, Joseph, Retained testes in man and in the dog. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 2. p. 209. Jan. 1894.

Griffiths, Joseph, The condition of the testes and prostate gland in eunuchoid persons. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 2. p. 221. Jan. 1894.

Grönroos, Hjalmar, Ueber einen Fall abnormer Lagerung d. Darmkanals b. Erwachsenen. Anatom. Anzeiger IX. 4.

Gruenhagen, A., Ueber d. Wärmecontraktur d. Muskeln. Arch. f. Physiol. LV. 7 u. 8. p. 372.

Grützner, P., Einige Versuche mit der Wunderscheibe. Arch. f. Physiol. LV. 9 u. 10. p. 508.

Gumlich, Ueber d. Aufnahme d. Nucleine in den thier. Organismus. Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 5 u. 6. p. 508.

Haacke, Wilh., Gestaltung u. Vererbung. Leipzig. T. O. Weigel's Nachf. Gr. 8. VIII u. 337 S. mit 26 Abbild. 8 Mk.

Habel, A., Topographie de l'étage supérieur du pédoncle. Revue neurol. I. 24. p. 681. Déc.

Hamburger, H. J., Untersuchungen über die Lymphbildung, insbes. b. Muskelarbeit. Ztschr. f. Biol. XXX. 2. p. 143.

Hamburger, H. J., a) Ueber d. Einfluss von Säure u. Alkali auf d. Permeabilität d. lebendigen Blutkörperchen, nebst einer Bemerkung über d. Lebensfähigkeit d. defibrinirten Blutes. — b) Vergleichende Untersuchungen von arteriellem u. venösem Blute u. über d. bedeutenden Einfluss des Defibrinirens auf die Resultate von Blutanalysen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl.-Bd. p. 153. 157.

Hardy, W. B., and Lim Boon Keng, On the changes in the number and character of the wandering cells of the frog induced by the presence of urari or of bacillus anthracis. Journ. of Physiol. XV. 4. p. 361.

Harlan, G. C., Case of congenital cyst of the orbit with anophthalmos. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 559.

Harris, V. D., and W. J. Gow, Note upon one or two points in the comparative histology of the pancreas. Journ. of Physiol. XV. 4. p. 349.

Hartmann, R., Das anthropolog. Material d. anatom. Museums der kön. Universität zu Berlin. 2. Theil. 2. Abth. [D. anthropol. Samml. Deutschlands V.] Braunschweig. F. Vieweg u. Sohn. Gr. 4. VII u. 15 S. 2 Mk.

Hasse, C., Bemerkungen über d. Athmung, über d. Bau d. Lungen u. über d. Form d. Brustkorbes b. d. Menschen u. d. Säugethieren. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 293.

Haycraft, John Berry, Development of the Wolffian body in the chick and rabbit. Anatom. Anzeiger IX. 3.

Held, Hans, Beiträge zur feineren Anatomie d. Kleinhirns u. d. Hirnstammes. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 435.

Hensen, Vortrag gegen den 6. Sinn. Arch. f. Ohrenhkde. XXXV. 3 u. 4. p. 161.

Hepburn, David, The mammary gland in a gravid porpoise. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 1. p. 19. Oct.

Hering, H. E., Ueber d. Vorkommen von Muskel-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

zerreissungen an gefesselten Kaninchen. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 18.

Hermann, F., Notiz über d. Anwendung d. Formalins (Formaldehyds) als Härtungs- u. Conservirungsmittel. Anatom. Anzeiger IX. 4.

Hertwig, Oscar, Ueber d. Werth d. ersten Furchungszellen f. d. Organbildung d. Embryo. Arch. f. mikroskop. Anat. XLII. 4. p. 662.

Herzen, A., Le jeûne, le pancréas et la rate. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 176. Janv. 1894.

Hildebrand, Otto, Grundriss d. chirurg.-topograph. Anatomie mit Einschluss d. Untersuchungen am Lebenden. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. XII u. 324 S. mit 92 Abbild. 7 Mk.

Hochstetter, F., Beiträge zur Entwickelungsgeschichte d. Venensystems d. Amnioten. Morphol. Jahrb. XX. 4. p. 543.

Hoelzl, Hans, Ueber d. Metamorphosen d. Graaf'schen Follikels. Virchow's Arch. CXXXIV. 3. p. 438.

Hoffmann, C. K., Zur Entwickelungsgeschichte d. Venensystems b. d. Selachiern. Morphol. Jahrb. XX. 3. p. 289.

Holl, M., Ueber d. Reifung d. Eizelle b. d. Säugethieren. [Sitz.-Ber. d. k. k. Akad. d. Wiss.] Wien. F. Tempsky in Comm. Gr. 8. 61 S. mit 3 Taf. 2 Mk. 20 Pf.

Holmes, T., The teaching of anatomy. Lancet II. 20. p. 1215. Nov.

Hovorka, Oskar, Die äussere Nase. Eine anatom.-anthropolog. Studie. Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. VIII u. 154 S. mit eingedr. Holzschn. 4 Mk. 80 Pf.

Howe, Lucien, Notes on the comparative anatomy of the ossicles [Gehörknöchelchen]. Transact. of the Amer. otol. Soc. V. 3. p. 450.

Hürthle, K., Vergleichende Prüfung d. Tonographen *von Frey's* u. *Hürthle's*. Arch. f. Physiol. LV. 7 u. 8. p. 319.

Houssay, Frédéric, Quelques mots sur le développement du système circulatoire des vertébrés. Anatom. Anzeiger IX. 5 u. 6.

Jaboulay et E. Villard, Rapports des nerfs récurrents avec les artères thyroïdiennes inférieures. Lyon méd. LXXIV. p. 373. Nov.

Jacobson, D. E., Et sjældent Tilfälde af nästen universel, kongenit, fremskridende Kämpeväxt. Bibl. f. Läger 7. R. IV. S. 205.

Jahresbericht über d. Fortschritte d. Anatomie u. Physiologie, herausgeg. von *L. Hermann* u. *G. Schwalbe*. II. Abth.: Physiologie. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. IV u. 732 S.

Jelgersma, G., De kleine hersenen. Physiologie en anatomie. Nederl. Weekbl. II. 19.

Inoko, Yoshito, Ueber d. Verbreitung d. Nucleinbasen im thier. Organismus. Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 5 u. 6. p. 540.

Jones, Allen A., The role of lactic acid in gastric digestion. Med. News LXIII. 27. p. 733. Dec.

Josseling de Jong, R. de, Een geval van zoogenaamden lobus azygos van de rechter long. Nederl. Weekbl. II. 20.

Jurkewitsch, L., Eine Anomalie der Lungenstruktur. Med. Obosr. 15. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Kaes, Theodor, Beiträge zur Kenntniss d. Reichthums d. Grosshirnrinde an markhaltigen Nervenfasern. Arch. f. Psych. XXV. 3. p. 675.

Kaestner, Sándor, Die Entwicklung d. Extremitäten- u. Bauchmuskulatur b. d. anuren Amphibien. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 257.

Katz, R., Zur Lehre d. peripheren Lichtempfindlichkeit d. Auges. Westn. oftalm. Juli—Oct. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Keith, Arthur, The ligaments of the Catarrhine monkeys, with references to corresponding structures in man. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 2. p. 149. Jan. 1894.

Klaatsch, H., Zur Beurtheilung d. Mesenterialbildungen. Morphol. Jahrb. XX. 3. p. 398.

Knöpfelmacher, W., Ueber vasomotor. Beeinflussungen d. Zusammensetzung u. physikal. Beschaffenheit d. menschl. Blutes. Wien. klin. Wchnschr. VI. 45. 49.

Koelliker, A., Handbuch d. Gewebelehre d. Menschen. 6. Aufl. II. Bd. 1. Hälfte: Elemente d. Nervensystems, Rückenmark d. Menschen u. d. Thiere, verlängertes Mark, Ursprünge d. Hirnnerven, Brücke, Hirnstiele u. kleines Gehirn. Leipzig. W. Engelmann. Gr. 8. III u. 372 S. mit 218 Figg. in Holzschn. 10 Mk.

Koester, Einige Fragen zur Anatomie u. Physiologie d. Herzens. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 49. p. 1314.

Kohnstamm, Oscar, Entgegnung auf Herrn *F. Schenks:* „Einfluss d. Spannung auf d. Erschlaffung d. Muskels". Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 16.

Konikow, M., Zur Lehre von d. Entwickelung d. Beckens u. seiner geschlechtl. Differenzirung. Arch. f. Gynäkol. XLV. 1. p. 19.

Krause, W., Die anatom. Nomenclatur. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. X. 8. p. 313.

Lange, F., Ueber Zungenbewegungen. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 3. p. 634.

Lange, M., Beiträge zur Histologie d. menschl. Amnion u. d. Nabelstranges. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 94.

Langerhans, Robert, u. N. Saveliew, Beiträge zur Physiologie d. Brustdrüse. Virchow's Arch. CXXXIV. 2. p. 344.

Laserstein, Sigfried, Ueber d. Anfänge d. Absonderungswege in d. Speicheldrüsen u. im Pankreas. Arch. f. Physiol. LV. 9 u. 10. p. 417.

Lauterborn, Robert, Ueber Bau u. Kerntheilung d. Diatomeen. (Vorläuf. Mittheilung.) Heidelberg. C. Winter. Gr. 8. 26 S. mit 1 Tafel. 1 Mk. 20 Pf.

Lawrow, N., Ueber d. Einfluss d. Alters der Erzeuger u. anderer Faktoren auf d. Geschlecht d. Frucht. Westn. obschtsch. gig., sud. i prakt. med. März. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Lee, Frederic S., A study of the sense of equilibrium in fishes. Journ. of Physiol. XV. 4. p. 311.

Leonowa, O. von, Ueber d. Verhalten d. Neuroblasten d. Occipitallappens b. Anophthalmie u. Bulbusatrophie u. seine Beziehungen zum Sehakt. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 308.

Lilienfeld, Leon, Weitere Beiträge zur Kenntniss d. Blutgerinnung. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 6. p. 560.

v. Linstow, Zur Anatomie u. Entwicklungsgeschichte d. Tänien. Arch. f. mikrosk. Anat. XLII. 3. p. 442.

Locy, William A., The derivation of the pineal eye. Anatom. Anzeiger IX. 5 u. 6.

Lode, Alois, Experimentelle Beiträge zur Lehre von d. Wanderung d. Eies vom Ovarium zur Tube. Arch. f. Gynäkol. XLV. 2. p. 293.

Lui, A., Dell' azione locale della temperatura sulle pareti dei vasi sanguigni. Gazz. degli Ospit. XIV. 141.

Macalister, Alex., On methods of anatomical study. Brit. med. Journ. Oct. 21.

Macalister, A., The development and varieties of the second cervical vertebra. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 2. p. 257. Jan. 1894.

Maggi, Leopoldo, Importanza generale della protistologia. Gazz. Lomb. 48.

Mahaim, Zur Frage „Rindenschleife". Neurol. Centr.-Bl. XII. 20.

Martin, C. J., Does the non-coagulatable blood obtained by injections of Wooldridge's tissue fibrinogen (nucleo- albumens) contain peptone or albumose. Journ. of Physiol. XV. 4. p. 375.

Martin, Paul, Zur Endigung d. Nervus acusticus im Gehirn d. Katze. Anatom. Anzeiger IX. 5 u. 6.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Martin, Paul, Zur Entwickelung d. Gehirnbalkens b. d. Katze. Anatom. Anzeiger IX. 5 u. 6.

Matas, Rudolph, Notes on some congenital anomalies connected with the branchial apparatus. Med. News LXIII. 23. p. 617. Dec.

Matiegka, H., Ueber Asymmetrie d. Extremitäten. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 47.

Maurer, F., Zur Frage von den Beziehungen der Haare d. Säugethiere zu d. Hautsinnesorganen niederer Wirbelthiere. Morphol. Jahrb. XX. 3. p. 429.

Mayer, Paul, Ueber d. ersten Stadien d. Gefässe b. d. Selachiern. Anatom. Anzeiger IX. 5 u. 6.

Mehnert, Ernst, Katalog d. anthropolog. Samml. d. anatom. Inst. d. Univers. Strassburg i. E. [Die anthropol. Samml. Deutschlands VI.] Braunschweig. Vieweg u. Sohn. Gr. 4. XII u. 119 S. 10 Mk.

Merkel, Fr., Handbuch d. topograph. Anatomie. II. Bd. 1. Lief. Braunschweig. Vieweg u. Sohn. Gr. 8. 176 S.

Metzner, Rudolf, Ueber das Verhältniss von Arbeitsleistung u. Wärmebildung im Muskel. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl.-Bd. p. 74.

Meyer, E., Faits relatifs à la sécrétion interne des reins. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1 p. 179. Janv. 1894.

Mies, Ueber einige seltene Bildungen am menschl. Schädel. Corr.-Bl. d. deutschen anthropol. Ges. 10.

Miescher, F., Bemerkungen über eine verbesserte Form d. Mischpipette u. ihren Einfl. auf d. Genauigkeit d. Blutkörperzählung. Schweiz. Corr.-Bl. XXIII. 24.

Miescher, F., Ueber d. Beziehungen zwischen Meereshöhe u. Beschaffenheit d. Blutes. Schweiz. Corr.-Bl. XXIII. 24.

Mislawsky, N. A., u. A. E. Smironow, Zur Lehre von d. Speichelabsonderung. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl.-Bd. p. 29.

Missbildungen u. Bildungsanomalien s. II. *Abercrombie, Anton, Ballance, Ballantyne, Baumgarten, Bertram, Bourneville, Calmann, Coley, Ewart, Falk, Giacomini, Gibney, Griffiths, Hadan, Matas, Morse, Otto, Reichel, v. Rindfleisch, Rohrer, Routh, Schrader, Seidler, Sotschinsky, Strassmann, Strauss, Struthers, Weynbaum, Woerz.* III. *Frank.* IV. 4. *Reiss;* 5. *Genersich, Mayer;* 7. *Young;* 10. *Collet, Jamieson, Little.* V. 2. a. *Annandale, Fenn;* 2. d. *Drake, Tillaux, Zöller;* 2. e. *Brodhurst, Gohl, Goldthwait, Habs, Redard, Renault.* VI. *Audain, Beutner, Leuf, Miranda.* VII. *Smith.*

Morat, J. P., Nerfs et centres inhibiteurs. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 7. Janv. 1894.

Morgan, T. H., Experimental studies on echinoderm eggs. Anatom. Anzeiger IX. 5 u. 6.

Morse, John Lovett, A possible case of maternal impression. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 23. p. 562. Dec.

Mosso, Ugolino, u. Fausto Faggioli, Ueber d. physiolog. Wirkung d. Phenokoll. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXII. 5 u. 6. p. 402.

Müller, Erik, Zur Anatomie d. Speicheldrüsen. Nord. med. ark. N. F. III. 4. Nr. 19.

Müller, G. E., u. F. Schumann, Experiment. Beiträge zur Untersuchung d. Gedächtnisses. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. VI. 2 u. 3. 4 u. 5. p. 81. 257.

Münzer, E., Die harnstoffbildende Funktion der Leber. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 51.

Muir, Robert, and William B. Drummond, The structure of the bone marrow in relation to blood formation. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 1. p. 125. Oct.

Munk, Hermann, Ueber d. Fühlsphären d. Grosshirnrinde. Sitz.-Ber. d. kön. preuss. Akad. d. Wiss. XXXIX. 1893. — Neurol. Centr.-Bl. XIII. 1. p. 25. 1894.

Neuhauss, R., Untersuchungen über Körpertemperatur, Puls u. Urinabsonderung auf einer Reise um d. Erde. Virchow's Arch. CXXXIV. 3. p. 365.

Neumann, E., Ein histor. Rückblick [Entstehung d. Blutkörperchen]. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 51.

Nikolajew, W., Zur Frage über d. Innervation d. Froschherzens. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl.-Bd. p. 67.

Nissl, Mittheilungen über Karyokinese im centralen Nervensystem. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 2. p. 94. 1894.

Öhrwall, Hjalmar, Dämpfung u. Erweckung d. Herzreize. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl.-Bd. p. 40.

Oppenheimer, Z., Schmerz u. Tastempfindung. Berlin. G. Reiner. Gr. 8. 128 S. 2 Mk.

Otto, H., Zur Casuistik d. Kryptophthalmos. Wien. klin. Wchnschr. VI. 49.

Paderi, C., Sulo preteso potere glicogenico e glicolitico del sangue, del rene, della milza e del pancreas. Rif. med. IX. 291.

Pal, J., Ueber die Hemmungsnerven des Darmes. Wien. klin. Wchnschr. VI. 51.

Parrot, Carl, Ueber die Grössenverhältnisse des Herzens b. Vögeln. Zool. Jahrbb. Abth. f. Systematik VII. p. 496.

Pascheles, W., Zur Methodik des quantitativen Stadium d. Resorption. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 51.

Paterson, A. M., The origin and distribution of the nerves to the lower limbs. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 1. 2. p. 84. 169. Oct. 1893, Jan. 1894.

Paton, D. Noël, The relationship of physiology to medicine. Edinb. med. Journ. XIX. 6. p. 512. Dec.

Pawlow, J. P., Beiträge zur Physiologie d. Absonderungen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl.-Bd. p. 176.

Phisalix, G., Nouvelles recherches sur les chromatophores des céphalopodes. Centres inhibitoires du mouvement des taches pigmentaires. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 92. Janv. 1894.

Pick, Ernst, Versuche über funktionelle Ausschaltung d. Leber b. Säugethieren. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXII. 5 u. 6. p. 382.

Pickert, Martin, Untersuchungen mittels des *Hering*'schen Fallversuchs. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 28 S. 60 Pf.

Pilliet, A. H., Capsule surrénale située sous la capsule fibreuse du rein droit. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 19. p. 485. Juillet.

Platt, Julia B., Ontogenetic differentiations of the ectoderm in necturus. Anatom. Anzeiger IX. 1 u. 2.

Porter, W. Townsend, Ueber d. Frage eines Coordinationscentrum im Herzventrikel. Arch. f. Physiol. LV. 7 u. 8. p. 366.

Poulsen, Kr., Om deformerede Menisker i Knäledet. Bibl. f. Läger 5.

Prenant, A., Sur l'oeil pariétal accessoire. Anatom. Anzeiger IX. 4.

Rabl, Hans, Ueber geschichtete Niederschläge b. Behandl. d. Gewebe mit Arg. nitricum. [Sitz.-Ber. d. k. Akad. d. Wiss.] Wien. F. Tempsky in Comm. Lex.-8. 17 S. mit 1 Tafel. 80 Pf.

Ramon y Cajal, Neue Darstellung vom histolog. Bau d. Centralnervensystems. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 319.

Rauber, Aug., Lehrbuch d. Anatomie d. Menschen. 4. Aufl. von *Quain-Hoffmann's* Anatomie. 2. Bd. 2. Abth. 1. Hälfte: Nervenlehre. Leipzig. E. Besold. Gr. 8. IV S. u. S. 273—600 mit 268 Abbild. 7 Mk.

Rawitz, Bernhard, Grundriss der Histologie. Berlin 1894. S. Karger. 8. 284 S. mit 204 Abbild. 6 Mk.

Reichel, Paul, Die Entwickelung d. Harnblase u. d. Harnröhre. [Verh. d. physikal.-med. Ges. zu Würzb. XXVII. 4.] Würzburg. Stahel. 8. 43 S. mit 3 Tafeln. 2 Mk.

Reichel, Paul, Die Entstehung d. Missbildungen d. Harnblase u. Harnröhre an d. Hand d. Entwicklungsgeschichte bearbeitet. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 4. p. 740.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Réthi, L., Das Rindenfeld, die subcorticalen Bahnen u. d. Coordinationscentrum des Kauens u. Schluckens. [Sitz.-Ber. d. k. Akad. d. Wiss.] Wien. F. Tempsky in Comm. Lex.-8. 19 S. mit 13 Figg. 60 Pf.

Réthi, L., Ursprung u. peripher. Verlauf d. motor. Rachen- u. Gaumennerven. Wien. med. Presse XXXIV. 50. 51.

Retterer, E., Des glandes closes dérivés de l'épithélium digestif. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXIX. 5. p. 534. Sept.—Oct.

Ricerche fatte nel laboratorio di anatomia normale della R. università di Roma ed in altri laboratori biologiche, pubblicate dal pref. *Francesco Todaro* III. 1. 2. Roma. Soc. editr. Dante Alighieri. 4. 204 pp. con 8 tavole e 8 incisioni nel testo. 20 Mk.

Richter, Zur Physiologie u. Anatomie d. Ohres. Münchn. med. Wchnschr. XL. 48.

von Rindfleisch, Demonstration einer Schädeldeformität. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 46.

Röse, C., Ueber d. Wirkung d. Muskulatur b. angeb. Gaumenspalte. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. IV. 24.

Rohde, Emil, Ganglienzelle u. Neuroglia. Arch. f. mikrosk. Anat. XLII. 3. p. 423.

Rohrer, Fritz, Ueber Bildungsanomalien d. Ohrmuschel. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 1. 1894.

Romaro, Vittorio, Ricerche cliniche sulla densità del sangue in rapporto alle diverse combinazioni morfologiche. Gazz. degli Ospit. XV. 1. 1894.

Rosin, Heinrich, Ueber eine neue Färbungsmethode d. gesammten Nervensystems nebst Bemerkungen über Ganglienzellen u. Gliazellen. Neurol. Centr.-Bl. XII. 23. 1893. vgl. a. XIII. 2. p. 80. 1894.

Routh, Amand, Anencephalic monster. Obstetr. Soc. Transact. XXXV. p. 294.

Ruffini, Angelo, Considerazioni critiche sui recenti studi dell' apparato nervoso nei fusi muscolari. Anatom. Anzeiger IX. 3.

Ruge, G., Verschiebungen in d. Endgebieten d. Nerven d. Plexus lumbalis d. Primaten. Zeugnisse f. d. metamere Verkürzung d. Rumpfes b. Säugethieren. Morphol. Jahrb. XX. 3. p. 305.

Rychlinski, Ueber ein abnormes Bündel von Nervenfasern auf d. Grunde d. 4. Ventrikels. Neurol. Centr.-Bl. XII. 21. p. 756.

Rywosch, D., Ueber d. Galle d. Meerschweinchens. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 16.

Saint-Remy, Recherches sur le développement du pancréas chez les reptiles. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXIX. 6. p. 730. Nov.—Déc.

Salensky, W., Morpholog. Studien an Tunicaten. II. Ueber d. Metamorphose d. Distalpia magnilarva. Morphol. Jahrb. XX. 4. p. 449.

Schaffer, Jos., Ueber d. feineren Bau d. Thymus u. deren Beziehungen zur Blutbildung. (Vorläuf. Mitth.) Wien. F. Tempsky in Comm. Lex.-8. 6 S. 20 Pf.

Schaffer, Karl, Kurze Anmerkung über d. morpholog. Differenz d. Achsencylinders im Verhältnisse zu d. protoplasmat. Fortsätzen b. *Nissl's* Färbung. Neurol. Centr.-Bl. XII. 24.

Schenck, Fr., Erwiderung an *O. Kohnstamm* in Sachen „Spannung u. Erschlaffung d. Muskels". Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 19.

Schild, Die Ehrlich'schen Granulationen d. Zellprotoplasma u. ihre Bedeutung f. d. weissen Blutkörperchen. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte IX. p. 250. Nov.

Schmiedt, W., Ueber relative Fusionsbreite bei Hebung u. Senkung d. Blickebene. Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 4. p. 233.

Schoenlein, K., Ueber d. Herz von Aplysia limacina. Ztschr. f. Biol. XXX. 2. p. 187.

Schoumow-Simanowsky, E. O., Sur le suc stomacal et la pepsine chez les chiens. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. II. 3. p. 463.

Schrader, Theodor, Ueber intrauterin entstandene Missbildungen d. Extremitäten u. ihr Verhältniss zur wahren Spontanamputation. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 5 u. 6. p. 553.

Schwarz, Hugo, Untersuchungen über d. chem. Beschaffenheit d. elast. Substanz d. Aorta. Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 5 u. 6. p. 487.

Sclavunos, Georgios, Ueber d. feineren Nerven u. ihre Endigung in d. männl. Genitalien. Anatom. Anzeiger IX. 1 u. 2.

Sebileau, Pierre, L'anneau crural et le canal crural. Gaz. de Paris 2. 1894.

Seegen, J., Ueber d. Material f. d. Zuckerbildung im Thierkörper. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 15.

Ségall, B., Sur des anneaux intercalaires des tubes nerveux produits par imprégnation d'argent. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXIX. 5. p. 586. Sept.—Oct.

Seidler, R., Ein Fall von Anus vaginalis b. Verdoppelung d. Uterus u. d. Scheide. Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen p. 221.

Sitzungsberichte d. Gesellschaft f. Morphologie u. Physiologie in München. IX. 1893. 1 u. 2. München. J. F. Lehmann. Gr. 8. 102 S. mit Figg. 3 Mk. 50 Pf.

Smith, Heywood, The determination of sex. Lancet I. 2. p. 122. Jan. 1894.

Snellen sen., Les images secondaires. Ann. d'Oculist. CX. 4. p. 241. Oct.

Solger, B., Ueber geknickte Knochenlamellen. Anatom. Anzeiger IX. 1 u. 2.

Solger, B., Ueber Rückbildungserscheinungen im Gewebe d. hyalinen Knorpels. Arch. f. mikroskop. Anat. XLII. 4. p. 648.

Sotschinsky, P., Ein Fall von Hermaphroditismus. Wratsch 33. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Spallitta, F., e M. Consiglio, Recherches sur les nerfs constricteurs de la pupille. Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 26.

Ssaweljew, N., u. R. Langerhans, Zur Physiologie d. Glandula thymus. Med. 38. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Stefani, A., Comment se modifie la capacité des differents territoires vasculaires avec la modification de la pression. Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 91.

Steinach, E., Ueber negative Schwankung des Nervenstroms b. nicht elektr. Reizung d. Nervenstammes oder d. Wurzeln. Arch. f. Physiol. LV. 9 u. 10. p. 487.

Stieda, Ueber d. Bau d. Rückenmarks. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 50. p. 1339.

Strassmann, Paul, Ueber d. Mechanismus d. Verschlusses d. Ductus arteriosus (Botalli). Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 6. p. 566.

Strassmann, P., Doppelter Klumpfuss; Paraphimose; Fehlen d. Nieren. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 181.

Strauss, Hermann, Ueber einen Fall von Oligodaktylie. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 43b.

Struthers, John, The development of the bones of the foot of the horse, and of digital bones generally, and on a case of polydactyly in the horse. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 1. p. 51. Oct.

Struthers, John, On varieties of the appendix vermiformis, caecum and ileo-colic valve in man. Edinb. med. Journ. XXXIX. 5. 6. p. 438. 489. Nov., Dec.

Sutton, J. Bland, Case of torsion of the spermatic cord in a dog. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 257. 1892.

Szili, Alexander, Apparat zur Untersuchung d. Elektrotonus. Ungar. Arch. f. Med. II. 1. p. 70.

Taylor, Edward Wyllys, The study of the anatomy of the central nerve system. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 13. p. 322. Sept.

Thomson, Arthur, Fourth annual report of the Committee of collective investigation of the anatomical Society of Great Britain and Ireland for the year 1892—93. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 1. p. 63. Oct.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Thorndike, Paul, An anomalous external iliac artery. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 14. p. 348. Oct.

Tichow, P., Ein Fall von complicirter Anomalie d. prolabirten Ductus omphalomesentericus. Chir. Ljetop. III. 4. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Tissot, J., Sur la persistance de l'excitabilité et des phénomènes électriques dans les nerfs et les muscles après la mort. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 142. Janv. 1894.

Todaro, Francesco, Il metodo sperimentale nella scienza della vita. Ric. fatte nel labor. di anat. norm. di Roma III. 1. p. 1.

Todaro, Sopra lo sviluppo della seps chalcides. Ric. nel labor. di anat. norm. di Roma III. 1. p. 87.

Török, A. von, Neuere Beiträge zur Reform der Craniologie. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. X. 9. 10. p. 347. 418.

Tscherning, Etude sur le mécanisme de l'accommodation. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 40. Janv. 1894.

Tscherning, Un reflet intra-oculaire. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 158. Janv. 1894.

Uexküll, J. von, Physiolog. Untersuchungen an Eledone moschata. II. Die Reflexe d. Armes. Ztschr. f. Biol. XXX. 2. p. 179.

Uexküll, J. von, Ueber paradoxe Zuckung. Zeitschr. f. Biol. XXX. 2. p. 184.

Unna, P. G., Ueber mucinartige Bestandtheile der Neurofibrome u. d. Centralnervensystems. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 2. p. 57. 1894.

Verwej, Titus, Ueber die Thätigkeitsvorgänge ungleich temperirter motor. Organe. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 6. p. 504.

Vialet, Sur l'existence, à la partie inférieure du lobe occipital, d'un faisceau d'association distinct, le faisceau transverse du lobule lingual. Bull. méd. de la Soc. de Biol. Août 13. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 20. p. 689.

Vierordt, Hermann, Anatom., physiolog. u. physikal. Daten u. Tabellen zum Gebrauche f. Mediciner. 2. Aufl. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. VI u. 400 S. 11 Mk.

Vogel, Georg Clemens, Der Vermehrungsprocess im Thierreich. Dresden. W. Reuter. Gr. 8. IV u. 104 S. mit 35 Holzschn. 2 Mk. 50 Pf.

Vollmer, E., Ein Beitrag zur Lehre von d. Regeneration, speciell d. Hautdrüsen d. Amphibien. Arch. f. mikroskop. Anat. XLII. 3. p. 405.

Waring, H. J., Left vena cava inferior. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 1. p. 46. Oct.

Waynbaum et Legry, Monstre double, sternopage. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 19. p. 481. Juillet.

Weiske, H., Ueber d. Bedeutung d. Asparagins f. d. Ernährung d. Herbivoren. Ztschr. f. Biol. XXX. 2. p. 254.

Wildenow, Clara, Zur Kenntniss d. peptischen Verdauung d. Caseins. Diss. Bern. H. Koerber. Gr. 8. 50 S. 1 Mk.

Wille, V., Femurs Indrotatorer. Bibl. f. Läger 6.

Wilson, Andrew, The determining cause of sex. Lancet II. 27; Dec.

Wilson, T. Stacey, 3 projection drawings of the brain. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 2. p. 228. Jan. 1894.

Winkler, C., Ein Versuch zur Bestimmung der relativen Lageverhältnisse d. Windungen u. Furchen d. Grosshirns zur von d. Kopfschwarte bedeckten Schädeloberfläche mittels Dreieck-Construktion. Uebers. von *Ferd. Alb.* Junker *v. Langegg.* Ztschr. f. Heilkde. XIV. 5 u. 6. p. 441.

Wlassak, Rudolf, Die opt. Leitungsbahnen des Frosches. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl.-Bd. p. 1.

Woerz, Hans v., Eine Missbildung mit Amniosnabel, Ektopie d. Blase, Symphysenspalte u. Spina bifida. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 1. 1894.

Wwedenski, A., Das Diaphragma pelvis u. seine Bedeutung. Med. Obosr. 16. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Zeeman, F., Ueber eine subjektive Erscheinung im Auge. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. VI. 2 u. 3. p. 233.

Zenker, Konrad, Beitrag zur Darstellung der natürl. Gefässinjektion in histolog. Präparaten. Virchow's Arch. CXXXV. 1. p. 147. 1894.

Ziegler, E., Neue Arbeiten über Blutgerinnung. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. IV. 22 u. 23.

Zoth, Oskar, 2 Methoden zur photograph. Untersuchung d. Herzbewegung von Kaltblütern. [Festschr. f. *Alexander Rollett* zur Feier seines 30jähr. Jubil. als Professor.] Jena. Gustav Fischer. Gr. 4. 22 S. mit 2 Tafeln.

Zuntz, N., Ueber d. Natur u. d. Bindung d. Basen u. Säuren im Blute. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] p. 556.

Zwaardemaker, H., Der Einfluss d. Schallintensität auf d. Lage d. obern Tongrenze. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIV. 4. p. 303.

S. a. I. *Physiolog. Chemie u. Physik.* IV. 5. Honigmann; 6. Keller; 8. Engelhardt, Feranni, Sommer; 9. Bassi; 10. Reizenstein; 12. Leuckart. V. 2. e. Sainton. VI. Feodorow, Gottschalk, Kyri, Lombroso. VII. Goenner, Zweifel. XI. Barth. XII. Fenchel. XIII. 2. *Physiolog. Wirkung d. Arzneimittel;* 3. Giffredi, Grigorescu. XIV. 1. Ssmidowitsch, Wallian; 2. Mitchell; 4. Vermehren. XVI. Kirn. XIX. Fleischl, Lagneau. XX. Virchow.

III. Allgemeine Pathologie.

(Experimentelle Pathologie. Patholog. Anatomie. Bakteriologie.)

Abel, Rudolf, Beitrag zur Frage über d. Lebensdauer d. Diphtheriebacillen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 23.

Adamkiewicz Erwiderung [über Krebs], nebst Bemerkungen von *David Hansemann.* Berl. klin. Wochenschr. XXX. 51.

Albu, Albert, Ueber d. Darstellung von Toxinen aus d. Harn b. akuten Infektionskrankheiten. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 1. 1894.

Almquist, Ernst, Zur Biologie d. Typhusbakterie u. d. *Escherich*'schen Bakterie. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 2. p. 283.

Arbeiten aus d. patholog. Institut in Göttingen. Herrn Prof. *Rudolf Virchow* zur Feier seines 50jähr. Doctorjubiläum am 21. Oct. 1893 gewidmet von *Johannes Orth.* Berlin. Aug. Hirschwald. 8. III u. 267 S. mit 10 Holzschn. u. 3 lithogr. Tafeln. 8 Mk.

Arens, Eine Methode zur Plattenkultur d. Anaëroben. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 1. 1894.

Aucké, R., Contribution à l'étude anatomo-pathologique et pathogénique de la broncho-pneumonie varioloique. Arch. clin. di Bord. II. 12. p. 561. Déc.

Baas, Karl Ludwig, Experimentell-anatom. Untersuchungen über d. Einfluss d. Tuberculoidins u. Tuberkulins auf d. Impftuberkulose d. Kaninchenauges. Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 4. p. 178.

Babes, V., Recherches sur les bronches dans certaines formes d'infection hémorrhagique; duodénite hémorrhagique. Roumanie méd. I. 6. p. 184. Sept.

Babes, V., Sur les associations bactériennes des bacilles de la tuberculose avec des microbes hémorrhagiques. Roumanie méd. I. 7. p. 193. Oct.

Babes, V., Ueber einen d. Gingivitis u. Hämorrhagien verursachenden Bacillus b. Scorbut. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 43.

Bach, Ludwig, Anatom. Befund b. Retinitis luetica. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 1. p. 67.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Bard, L., La pathologie cellulaire et les théories de l'immunité. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 50.

Beck, M., Der Bacillus d. Brustseuche d. Kaninchen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 2. p. 363.

Behring, Die Gewinnung d. Blutantitoxine u. d. Classificirung d. Heilbestrebungen b. ansteckenden Krankheiten. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 48.

Belardi, A., Contributo allo studio delle autointossicazioni. Rif. med. X. 2. 3. 1894.

Benario, Ueber d. Einfluss d. Milz auf d. Immunität. Deutsche med. Wchnschr. XX. 1. 1894.

Bernauer, J., Ein Beitrag zur Kenntniss d. Entstehung u. Entwicklung d. Enchondroms d. Knochen. Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen p. 172.

Bernhard, L., u. S. Felsenthal, Beitrag zur patholog. Anatomie d. Diphtherieniere. Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 308.

Bettmann, Henry W., A case of so-called pseudomyxoma peritonei, with observations on the formation of hyalin. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. 4. p. 444. Oct.

Beyerinck, M. W., Ueber Athmungsfiguren bewegl. Bakterien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 25.

Biernacki, E., Ueber d. chem. Constitution d. patholog. Blutes. Wien. med. Wchnschr. XLII. 33. 44.

Binswanger, Otto, Die patholog. Histologie d. Grosshirnrinden-Erkrankung b. d. allgem. progress. Paralyse mit besond. Berücksicht. d. akuten u. Frühformen. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. 186 S. mit 1 lithogr. Tafel. u. 1 Abbild. im Text. 4 Mk.

Birulja, Th., Ein Fall partieller Atrophie u. Porose d. Gehirns ohne intravitale Symptome. Westn. psich. i nevrol. X. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 21. p. 740.

Behr, Christian, Ueber einige Angaben in Dr. *O. Kohnstamm's* Abhandlung: experimentelle Untersuchungen zur Analyse d. Tetanus. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 21. 1894.

Boix, E., L'inflammation. Arch. gén. p. 706. Déc.

Bollinger, O., Ueber d. Infektiosität d. Blutes tuberkulöser Rinder. Münchn. med. Wchnschr. XL. 50.

Bonhoff, Ueber 2 neue im Wasser gefundene Kommabacillenarten. Arch. f. Hyg. XIX. 3. p. 248.

Borchardt, M., Beobachtungen über d. Vorkommen d. Pfeiffer'schen Influenzabacillus. Berl. klin. Wochenschr. XXXI. 2. 1894.

Borthen, Lyder, 23 Tilfälde af bulbäre, väsentlig melanotiske, Svulster. Norsk Mag. f. Lägevidensk. S. 28.

Boulengier, Modèle simple de tubes pour recueillir les liquides pathologiques déstinés aux recherches bactériologiques. Presse méd. XLV. 42.

Brieger, L., u. Georg Cohn, Beiträge zur Concentrirung d. gegen Wundstarrkrampf schützenden Substanz aus d. Milch. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 3. p. 439.

Brunner, G., u. A. Zawadzki, Zählplatte zu d. Petri'schen Schalen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 19.

Buchanan, R. M., The haematozoa of malaria. Glasgow med. Journ. XLII. 1. p. 41. Jan. 1894.

Bunzl-Federn, Emil, Ueber einen neuen für Thiere pathogenen Mikroorganismus aus d. Sputum eines Pneumoniekranken. Arch. f. Hyg. XIX. 3. p. 327.

Burri, Robert, Ueber einige zum Zwecke der Artcharakterisirung anzuwendende Untersuchungsmethoden nebst Beschreibung von 2 neuen aus Rheinwasser isolirten Bakterien. Arch. f. Hyg. XIX. 1. p. 1.

Buschke, Ueber d. Immunisirung eines Menschen gegen Tetanus. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 50.

Campbell, Harry, The early phases of disease. Lancet II. 23; Dec.

Canon, P., Zur Aetiologie d. Sepsis, Pyämie u. Osteomyelitis auf Grund bakteriolog. Untersuchungen d. Blutes. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 5 u. 6. p. 571.

Canon, Bakteriolog. Blutuntersuchungen b. Sepsis. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 43. — Berl. klin. Wochenschr. XXX 48. p. 1179.

Carvallo, G., et V. Pachon, Recherches sur la digestion chez un chien sans estomac. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 106. Janv. 1894.

Cattle, Chas. H., The so-called parasitic protozoa of mammary carcinoma. Lancet II. 21. p. 1282. Nov.

Cattle, C. H., and James Millar, On certain gregarinidae and the possible connexion of allied forms with tissue-changes (cancer) in man. Lancet II. 21; Nov.

Cavazzani, Alberto, e Emilio Cavazzani, Ulteriore contributo allo studio dello alterazioni consecutive alla estirpazione del pancreas. Arch. ital. di Clin. med. XXII. 3. p. 493.

Cavazzani, E., Scarificazione per opera dei batteri. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 3. p. 477.

Ceccherelli, Andrea, Le indagini anatomiche dei tumori in rapporto alla loro terapia. Gazz. Lomb. 41. 42. 44. 45.

Centanni, Eugenio, Die specif. Immunisation d. Elemente d. Gewebe. Ein Beitrag zur Kenntniss d. Immunität u. d. Serumtherapie b. Rabies. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 44. 45.

Centanni, Eugenio, Studio sulla febbre infettiva. Il veleno della febbre nei batterii. Rif. med. IX. 256. 257.

Ceppi, Quelques expériences relatives à l'action de certaines substances antiseptiques sur un microbe de la suppuration. Schweiz. Corr.-Bl. XXIII. 23.

Charrin, A., et E. Gley, Nouvelles recherches expérimentales sur la transmission héréditaire de l'immunité. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 1. Janv. 1894.

Chasseaud, H. M., Intraocular therapeutics. An experimental study. Journ. of Pathol. and Bacteriol. II. 2. p. 219. Nov.

Cohn, Michael, u. H. Neumann, Zur Bakteriologie d. Keuchhustensputums. Arch. f. Kinderhkde. XVII. 1 u. 2. p. 24.

Cordua, E., Beiträge zur Kenntniss d. tuberkulösen u. lymphomatösen Veränderungen der Lymphknoten: I. Tuberkulöse Lymphknoten unter d. Bilde d. malignen aleukäm. Lymphoms. — II. Maligne aleukäm. Lymphome mit Amyloidentartung d. Organe u. Complikation mit Tuberkulose. Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen p. 152. 159.

Corin, Gabriel, Sur le mécanisme de la production des ecchymoses sous-pleurales dans l'asphyxie aiguë. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 73. Janv. 1894.

Dagonet, J., Les lésions de la paralysie générale. Ann. méd.-psychol. 7. S. XXVIII. 8. p. 395. Nov.—Déc.

Dahmen, Max, Bakteriolog. Untersuchungen über die bactericide Kraft d. Vasogene [oxygenirten Kohlenwasserstoffe]. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 22.

Dallemagne, J., De la transformation microbienne. Journ. de Brux. LI. 50. p. 801. Déc.

Dansac, Michel, Cancer et psorospermies. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 42. 43.

Dansac, A. Michel, Recherches sur les lésions nerveuses dans les aryténoïdites tuberculeuses et dans les amygdalites chroniques. Nouvelle technique de fixation et de la coloration des nerfs, principalement du cylindre-axe. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 11. p. 550. Oct.

Davison, James T. R., Blood pressure in relation to cardiac and renal dropsies. Edinb. med. Journ. XXXIX. 7. p. 607. Jan. 1894.

Dean, George, and John Marnoch, Case of lithopaedion. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 1. p. 77. Oct.

Demelle et Létienne, Sur la production de gaz dans certains viscères et particulièrement dans le foie au cours d'une affection généralisée. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 22. p. 581. Oct.—Nov.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Denecke, F., Beitrag zur Kenntniss d. verkalkten Epitheliome. Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen p. 195.

Diatroptoff, Les vaccinations antirabiques à Odessa. Ann. de l'Inst. Pasteur VII. 7. p. 780. Nov.

Drasche, Ueber d. gegenwärt. Stand d. bacillären Cholerafrage u. über diesbezügl. Selbstinfektionsversuche. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 1. 2. 3. 1894.

Dubrueilh, W., et Lasnet, Etude bactériologique sur le chancre moux et le bubon chancreux. Arch. clin. de Bord. II. 10. 11. p. 500. 513. Oct., Nov.

Elschnig, Anton, Ueber d. Einfluss d. Verschlusses d. Art. ophthalmica u. d. Carotis auf d. Sehorgan. Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 4. p. 151.

Enderlen, Ueber Sehnenregeneration. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 3. p. 563.

Ernst, Harold C., The bacillus pyocyaneus pericarditidis. Amer. Journ. CVI. 4. p. 396. Oct.

Etienne, George, Oedèmes aiguës essentiels localisés sans phénomènes généraux. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 2. 1894.

Ewald, C. A., u. J. Jacobson, Ueber ptomainartige Körper im Harn b. chron. Krankheitsprocessen. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 2. 1894.

Féré, Ch., et E. Schmid, De quelques déformations du thorax et en particulier du thorax en entonnoir et du thorax en gouttière. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXIX. 5. p. 564. Sept.—Oct.

Fermi, Claudio, Kleine Mittheilungen zur bakteriolog. Technik. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 19.

Fermio, Claudio, e Felice Celli, Contributo allo studio del veleno del tetano. Gazz. degli Ospit. XIV. 129.

Fernet, Des séries morbides parallèles. Arch. gén. p. 641. Déc.

Fischer, Bernhard, Ueb. einen neuen bei Kahmhautpilzen beobachteten Fortpflanzungsmodus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 20.

Foà, Pio, Ueber d. Infektion durch d. Diplococcus lanceolatus. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 3. p. 369. — Vgl. a. Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 14.

Foà, Pio, Sur les parasites et sur l'histologie pathologique du cancer. Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 44.

Fokker, A. P., *Löffler's* middel tegen veldmuizen. Nederl. Weekbl. II. 16.

Fränkel, Carl, u. Ernst Klipstein, Versuche über d. Verhalten d. Cholera- u. Typhusbakterien im Torfmull. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 2. p. 333.

Frank, Eduard, Ueber einen Fall von Tumor sacralis congenitus mit maligner Degeneration u. Metastasenbildung. Prag. med. Wchnschr. XIX. 2. 1894.

Fremlin, Vergleichende Studien an Bact. coli commune verschiedener Provenienz. Arch. f. Hyg. XIX. 3. p. 295.

Friedlaender, Carl, Mikroskop. Technik zum Gebrauch b. med. u. patholog.-anatom. Untersuchungen. 5. Aufl. von *C. J. Eberth.* Berlin. Fischer's med. Buchh. Gr. 8. VIII u. 336 S. mit 86 Abbild. 9 Mk.

Gärtner, F., Identischer Bakterienbefund bei zwei Melänafällen Neugeborner. Arch. f. Gynäkol. XLV. 2. p. 274.

Gärtner, F., Ein neuer gasbildender Bacillus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 1. 1894.

Gamaleia, P. N., Ueber d. Leben d. Cholerabacillen im Wasser unter d. Einflusse d. Eintrocknens u. d. Feuchtigkeit. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 51.

Geissler, Die Uebertragbarkeit des Carcinoms. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 3. p. 655.

Genersich, A. v., De la dureté des concrétions pathologiques. Ungar. Arch. f. Med. II. 2. p. 206.

Gerdes, E., Grundriss der patholog. Anatomie. Stuttgart. Ferd. Enke. 8. XVI u. 340 S. mit 6 Abbild. 6 Mk.

Ghillini, Cesare, Experimentelle Untersuchungen über d. mechan. Reizung d. Epiphysenknorpels. Deutsches Arch. f. klin. Med. XLVI. 4. p. 844.

Gley, E., et A. Rochon-Duvigneaud, Contribution à l'étude des troubles trophiques chez les chiens thyroïdectomisés. — Altérations oculaires chez ces animaux. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 101. Janv. 1894.

Gotschlich, Emil, Bemerkungen zu einer Angabe von *Engelmann* betr. d. Einfluss d. Wärme auf d. todtenstarren Muskel. Arch. f. Physiol. LV. 7 u. 8. p. 339.

Gottstein, A., Der gegenwärt. Stand der Frage von d. specif. Behandlung d. Infektionskrankheiten durch Bakterienprodukte. Therap. Monatsh. VIII. 1. p. 6. 1894.

Gramatchikoff, A., Recherches sur l'influence des extraits de thymus et de testicules sur l'infection charbonneuse. Ann. de l'Inst. Pasteur VII. 12. p. 812. Déc.

Grawirowsky, W., Zur Frage über d. Entstehung von Oedemen ohne Eiweiss im Harn. Wratsch 30. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Grawitz, Paul, Atlas d. patholog. Gewebelehre. Lief. I—V. Berlin. Richard Schötz. Gr. 8. VI u. 155 S. mit 30 Tafeln. 25 Mk.

Grawitz, E., Ueber geformte Bestandtheile in 48 pleurit. Exsudaten. Charité-Ann. XVIII. p. 265.

Green, J. Orne, Pathological specimens [Ohrenkrankheiten]. Transact. of the Amer. otol. Soc. V. 3. p. 454.

Green, Leedham, Ueber Naevi pigmentosi u. deren Beziehungen zum Melanosarkom. Virchow's Arch. CXXXIV. 2. p. 331.

Günther, Carl, Einführung in d. Studium d. Bakteriologie mit besonderer Berücksicht. d. mikroskop. Technik. 3. Aufl. Leipzig. G. Thieme. Gr. 8. VIII u. 376 S. mit 72 Photogrammen auf 12 Tafeln. 10 Mk.

Günther, Carl, Weitere Studien über d. Vibrio Berolinensis. Arch. f. Hyg. XIX. 2. p. 214.

Guérin, Alphonse, Origine de la doctrine microbienne. Gaz. des Hôp. 133. — Gaz. hebd. 2. S. XXX. 47.

Gurrieri, Raffaele, Degenerazione del midollo spinale nell'avvelenamente sperimentale per fosforo. Rif. med. IX. 260.

Hamburger, H. J., Hydrops van bacteriëelen oorsprong. Nederl. Weekbl. II. 24. — Deutsche med. Wchnschr. XIX. 42.

Hankin, E. H., Ueber d. Theorie d. Alexocyten. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 25.

Hanot, V., Note sur les nodules du foie infectieux. Gaz. de Par. 45.

Hansemann, David, Krit. Bemerkungen über d. Aetiologie d. Carcinome. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 1. 1894.

Hedenius, Per, De sjukliga svulsternas allmänna patologi. Upsala. 8. 59 S.

Heim, L., Beitrag zur Lehre von d. Streptokokkeninfektion. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 7.

Hektoen, L., Pathological notes on 2 pedunculated tumours. Journ. of Pathol. and Bacteriol. II. 2. p. 244. Nov.

Hertz, Paul, Abnormitäten in d. Lage u. Form d. Bauchorgane b. d. erwachsenen Weibe, eine Folge d. Schnürens u. Hängebauchs. Eine patholog.-anatom. Untersuchung. Berlin. S. Karger. Gr. 8. III u. 55 S. mit 33 Abbild. auf 9 Tafeln. 2 Mk.

Hesse, Ueber d. gasförm. Stoffwechselprodukte b. Wachsthum d. Bakterien. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden p. 173.

Hesse, W., Ueber d. Einfluss d. Alkalescenz d. Nährbodens auf d. Wachsthum d. Bakterien. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 2. p. 183.

Heyse, Ueber Pneumaturie, hervorgerufen durch Bacterium lactis aërogenes, u. über patholog. Gasbildung im thier. Organismus. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 1 u. 2. p. 130.

Hiller, Arnold, Entwurf einer Theorie über d. Wesen u. d. Erscheinungen d. Fiebers. Ztschr. f. klin. Med. XXIII. 5 u. 6. p. 399.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Hintze, K., Ueber d. Lebensdauer u. d. eitererregende Wirkung d. Typhusbacillus im menschl. Körper. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 14.

Huber, Armin, Zur Aetiologie d. Cystitis. Virchow's Arch. CXXXIV. 2. p. 209.

Huber, Ueber d. Influenzabacillus. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 3. p. 454.

Hueppe, Ferd., Ueber d. Ursachen d. Gährungen u. Infektionskrankheiten u. deren Beziehungen zum Causalproblem u. zur Energetik. Berlin. A. Hirschwald. Gr. 8. 52 S. 1 Mk. 20 Pf. — Wien. med. Presse XXXIV. 44.

Jacob, Ueber artificielle Hyper-Leukocytose. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 6. p. 567.

Jahresbericht über d. Fortschritte in d. Lehre von d. pathogenen Mikroorganismen, herausgegeben von *P. Baumgarten*. VIII. Jahrg. 1892. 1. Abth. Braunschweig. Harald Bruhn. 8. 320 S. 8 Mk.

Jakowski, M., Beiträge zur Lehre von d. Bakterien d. blauen Eiters (Bacillus pyocyaneus). Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 3. p. 474.

Janess, J., Das Sinken d. Temperatur als Symptom d. Zerfalls einer Geschwulst. Med. Obosr. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Ide, Manille, Strom- u. Sauerstoffdruck im Blute b. fortschreitender Erstickung. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 6. p. 491.

Jetter, Paul, Ueber *Buchner's* „Alexine" u. ihre Bedeutung f. d. Erklärung d. Immunität. Nebst Erwiderung von *H. Buchner*. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 22.

Ilkewitsch, K., Methode d. prophylakt. Impfung gegen Cholera u. einige Worte in Betreff d. Behandlung mit Blutserum u. d. Behandlung Cholerakranker mit Culturen von Kommabacillen aus Thymusbouillon. Wratsch 28. 29. 31. 32. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Joffroy, A., et Ch. Achard, Contribution à l'anatomie pathologique de la maladie de Basedow. Arch. de Méd. expérim. V. 6. p. 807. Nov.

Johne, Nothwendige Ergänzung zu meinem Artikel „zur Kenntniss d. Morphologie d. Milzbrandbacillen". Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XX. 1. p. 73.

Jolles, Maximilian, Ueber d. Desinfektionsfähigkeit von Seifenlösungen gegen Cholerakeime. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 3. p. 460.

Iványoff, M., Ueber eine neue choleraähnliche Vibrionenart. Arch. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 3. p. 434.

Kahlden, C. v., Technik d. histolog. Untersuchung pathol.-anatom. Präparate. 3. Aufl. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. VIII u. 122 S. 2 Mk. 40 Pf.

Kahlden, C. v., Zur Regeneration d. quergestreiften Muskeln. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. IV. 21.

Kantorowicz, Ludwig, Zur Pathogenese der akuten allgem. Carcinomatose u. zur Casuistik seltener Krebsmetastasen. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. IV. 20.

Karg, Carl, u. Georg Schmorl, Atlas d. patholog. Gewebelehre in photogr. Darstellung. 5. u. 6. Lief. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. Taf. XII, XIX—XXVII.

Ketscher, N., De l'immunité contre le choléra conféré par le lait des chèvres vaccinées. Arch. de Méd. expérim. V. 6. p. 757. Nov.

Kischensky, D. P., Experiment. Untersuchungen über d. Einfl. d. Laparotomie auf d. Bauchhöhlentuberkulose d. Thiere. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. IV. 21.

Klein, E., Zur Kenntniss d. Geisselfärbung d. Choleravibrio. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 19.

Klein, E., a) A contribution to the knowledge of bacterium radicicola. — b) An acute infectious disease of young pheasants. — c) On an infection of food-stuffs by bacillus prodigiosus. Journ. of Pathol. and Bacteriol. II. 2. p. 205. 214. 217. Nov.

Kornilow, A. A., Demonstration von Hunden mit arthropath. Amyotrophie. Neurol. Centr.-Bl. XII. 21. p. 758.

Korotneff, Alexis, Sporozoen als Krankheitserreger. 1. Heft: Untersuchungen über d. Parasitismus d. Carcinoms (Rhopalocephalus carcinomatosus). Berlin. R. Friedländer u. Sohn. Gr. 4. VI u. 33 S. 9 Mk.

Kramer, S. P., and Rubert Boyce, The nature of vaccine immunity. Brit. med. Journ. Nov. 4.

Krannhals, Hans, Ueber Pyocyaneusinfektion. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 181.

Krebs s. I. *Schöpp*. III. *Adamkiewicz, Cattle, Dansac, Denecke, Foà, Hansemann, Kantorowicz, Koratneff, Pollace, Power, Reinbach, Ruffer, Snow, Stroebe, Waring*. IV. 3. *Harris;* 4. *Hektoren;* 5. *Bexançon, Buchanan, Chappet, Collier, Cordua, Hanot, Koch, Kösler, Meunier, Oxley, Sallès, Sivers;* 9. *Grawitz, Rodman, Schöpp, Williams;* 10. *Inglis, Launay, Tommasoli*. V. 2. a. *Macdonald, Monks;* 2. c. *Allingham, Lane, Launay, Marey, Reclus, Roper, Snow*. VI. *Gouget, Montgomery, Müller, Richardson, Schönheiner, Winter, Wissotzki*. VII. *Donald*. X. *Bouquet*.

Kretz, Richard, Beitrag zur Casuistik d. Dermoide [Dermoidcystenbildung in d. Lunge]. Wien. klin. Wchnschr. VI. 48.

Kuprianow, J., Beiträge zur Biologie d. Vibrionen. Arch. f. Hyg. XIX. 3. p. 282.

Kutscher, Ein Beitrag zur Kenntniss d. Choleravibrionen ähnl. Wasserbakterien. Deutsche med. Wochenschr. XIX. 49.

Lane, W. Arbuthnot, A case of extensive naevus of the peritoneum. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 5.

Lang, Gustave, Monographie du chloroma. Arch. gén. p. 555. Nov. 1893. p. 65. Janv. 1894.

Laulanié, De l'innervation cardiaque et des variations périodiques du rythme du coeur chez le chien pendant l'asphyxie. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXIX. 5. p. 525. Sept.—Oct.

Ledoux-Lebard, Action de la lumière sur le bacille diphthérique. Arch. de Méd. expérim. V. 6. p. 779. Nov.

Leonhardt, J. S., The present status of *Pasteur's* anti-rabic inoculation. Amer. Pract. and News XVI. 7. p. 249. Oct.

Letulle, Examen histologique de la tumeur du corps thyroïde presenté par M. *Jayle* (sarcome fuso-cellulaire). Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 24. p. 626. Nov.—Déc.

Liebreich, O., Ueber d. sogen. Choleraroth-Reaktion. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 45.

Limbeck, R. v., Zur Lehre von d. Nekrose d. rothen Blutkörperchen. Wien. klin. Wchnschr. VI. 52.

Lion, G., Note sur un cas d'ascite laiteuse non chyleuse. Arch. de Méd. expérim. V. 6. p. 826. Nov.

Lorenz, Schutzimpfungsversuche gegen Schweinerothlauf mit Anwendung eines aus Blutserum immunisirter Thiere hergestellten Impfpräparates. Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XX. 1. p. 1.

Lubarsch, O., Zur Lehre von d. Parenchymzellenembolie. Fortschr. d. Med. XI. 20. 21. p. 805—845.

Lundström, C., Streptococcus ruber. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 11. S. 799.

Manson, Patrick, On the parasite of malaria. Lancet I. 1; Jan. 1894.

Martin, Stephen C., Preliminary report upon investigations concerning the contagium vivum of smallpox. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 24. p. 589. Dec.

Mendoza, Antonio, Mittheilung über d. Vorkommen d. Kommabacillus in d. Gewässern. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 21.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Miller, R. Shalders, A note on tubercle bacilli in house dust. Brit. med. Journ. Jan. 13. 1894.

Mitchell, S. Weir, Notes on surface temperatures as affected by posture of limbs. Med. News LXIV. 1. p. 6. Jan. 1894.

Mitrophanow, P., Etude sur l'organisation des bactéries. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. X. 11. p. 475.

Moschaew, G., Zur Frage über ascendirende Veränderungen im Rückenmarksnerven nach Läsion seiner peripher. Theile. Neurol. Centr.-Bl. XII. 21. p. 756.

Mühsam, R., u. C. Schimmelbusch, Ueber d. Farbeproduktion d. Bacillus pyocyaneus b. d. Symbiose mit andern Mikroorganismen. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 4. p. 677.

Müller, Kurt, Der Milzbrand d. Ratten. Berlin. Fischer's med. Buchh. Gr. 8. 82 S. 2 Mk.

Mya, Localizzazioni iniziali dell'agente patogeno in alcune forme di origine infettiva. Sperimentale XLVII. 20. 21.

Neebe, C. H., u. P. G. Unna, Krit. Bemerkungen zum Pleomorphismus d. Achorionarten. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVII. 9. p. 462.

Nastjukow, M., Ueber Nährflüssigkeiten zu Reinculturen aus Eigelb. Wratsch 33. 34. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Neisser, Max, Ueber einen neuen Wasser-Vibrio, der d. Nitrosoindol-Reaktion liefert. Arch. f. Hyg. XIX. 2. p. 194.

Novarro, Hydronéphrose expérimentale par ectopie rénale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 24. p. 633. Nov.—Déc.

Novy, F. G., Die Cultur anaërober Bakterien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 18.

Omeltschenko, Th., Cholerabakterien im Ascaris lumbricoides. Wratsch 37. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Opponheim, H., u. H. H. Hoppe, Zur patholog. Anatomie d. Chorea chronica progressiva hereditaria. Arch. f. Psych. XXV. 3. p. 617.

Orlow, L., Ueber d. Mikroben d. Tetanus. Wratsch 34. 35. 36. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Orth, J., Der Unterricht in d. patholog. Anatomie u. d. pathol. Institut in Göttingen sonst u. jetzt. Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen p. 1.

Pagano, G., L'action toxique de la lymphe et du sang. Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 110.

Palmirsky, W., De l'emploi du vibrio Metschnikowi pour la destruction des spermophiles. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. II. 3. p. 497.

Pane, Nicola, Ripristinamento della virulenza del diplo-bacillo pneumoniae mediante il virus carbonchioso. Rif. med. IX. 238.

Pansini, Sergio, ed Alfonso Calabrese, Ulteriori ricerche sul potere microbicide del siero, e tentativi di guarigione dell'infezione del diplococco per mezzo della chinina. Rif. med. X. 1. 1894.

Pantanetti, O., Saggio di ricerche sull'affaticamento muscolare in alcuni stati patologici. Policlinico I. 1. p. 2. Dic.

Parascandolo, Carlo, Ricerche batteriologiche dell'aria di una camera per operazioni chirurgiche nell' ospedale degl' incurabili. Rif. med. IX. 269. 270.

Peterson, Walther, Ueber d. sogen. „Psorospermien" d. Darier'schen Krankheit. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 15.

Piffault, Ch., De l'angiokératome. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 47 pp.

Pilliet, A. H., De l'orteil en marteau au point de vue anatomo-pathologique. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 42.

Pinna, Giuseppe, Sul modo d'agire dell'acqua di mare sulla virulenza dei bacilli carbonchiosi. Gazz. degli Ospit. XIV. 126.

Pochmann, Emanuel, Eine Theorie d. Entzündung u. Eiterung auf physiol., nicht bakteriolog. Grundlage. Linz. Wien. Max Merlin. 8. 18 S. 50 Pf.

Pollaci, Giuseppe, La mitosi delle cellule epatiche nel carcinoma metastatico del fegato. Rif. med. IX. 290.

Ponfick, E., Ueber Metastasen u. deren Heilung. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 46.

Popoff, N. M., Beitrag zur Kenntniss d. pathol. Anatomie d. Idiotie. Arch. f. Psych. XXV. 3. p. 637.

Powers, D'Arcy, A comparison of the results obtained from the inoculation of portions of tissue affected with Paget's disease and of coccidia. Journ. of Pathol. and Bacteriol. II. 2. p. 251. Nov.

Pye-Smith, Philip Henry, The Harveyan oration on pathology as the basis of rational medicine. Brit. med. Journ. Oct. 21. — Lancet II. 17; Oct.

Quensel, Ulrik, Studier öfver den kroniska gastritens histologi. Nord. med. ark. N. F. III. 5. Nr. 24.

Rabe, Alexander, Die modernen Fiebertheorien. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. IV u. 64 S. 2 Mk.

Ransom, William B., A case of actinomycosis of the urinary and alimentary tracts. Med. chir. Transact. LXXV. p. 85.

Rasori, Cario, Beitrag zur Aetiologie u. Pathogenese d. Delirium acutum. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 16.

Reich, W., Ueber einen aus gliomatösen u. tuberkulösen Bestandtheilen zusammengesetzten Hirntumor. Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen p. 167.

Reich, W., Ueber d. Mastzellen in Uterusmyomen. Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen p. 216.

Reinbach, G., Ueber d. Verhalten d. Leukocyten b. malignen Tumoren. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 3. p. 486.

Remouchamps, E., Over een vorm van amoeba malariae in Zeeland. Nederl. Weekbl. II. 24.

Ribbert, Hugo, Anatom. Untersuchungen über d. Osteomalacie. [Biblioth. med. C. Pathol. Anat., Hyg. u. Bakteriol. 2. Heft.] Kassel. Th. G. Fischer u. Co. Gr. 4. 56 S. mit 2 Taf. 8 Mk.

Ribbert, Neuere Anschauungen über Vererbung, Descendenz u. Pathologie. Deutsche med. Wchnschr. XX. 1. 2. 1894.

Rindfleisch, Walter, Experim. Untersuchungen über d. Heilung d. Darmes nach Resektion b. Anwendung *Czerny-Lembert*'scher Nähte. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 3. p. 600.

Roger, H., Septicémie consécutive au choléra. (Etude sur le bacillus septicus putidus.) Revue de Méd. XIII. 10. p. 865.

Roger, H., Recherches sur les variations de la glycogénie dans l'infection charbonneuse. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 53. Janv. 1894.

Romanow, Th., Zur patholog. Histologie d. Leber b. Cholera. Wratsch 34. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Rosenthal, Werner, Thermoelektrische Untersuchungen über d. Temperaturvertheilung im Fieber. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl.-Bd. p. 217.

Rossi, Enrico, I corpuscoli fucsina di *W. Russel*. Rif. med. IX. 260.

Rovighi, A., L'influenza della temperatura del corpo sulla leucocitosi. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 3. p. 406.

Ruffer, M. Armand, The so-called parasitic protozoa of mammary cancer. Lancet II. 24. 26. p. 1476. 1599. Dec.

Russell, William, Pathology and the scientific mind. Edinb. med. Journ. XXXIX. 7. p. 604. Jan. 1894.

Salus, Hugo, Ueber d. Verhalten d. Cholera-vibrionen im Taubenkörper u. ihre Beziehungen zum Vibrio Metschnikovi. Arch. f. Hyg. XIX. 4. p. 333.

Salzmann, Maximilian, Zur Anatomie d. sogen. Sichel nach innen-unten. Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 4. p. 131.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Sanarelli, Les vibrions des eaux et l'étiologie du choléra. Ann. de l'Inst. Pasteur VII. 10. p. 693.

Sanarelli, La déstruction du virus charbonneux sous la peau des animaux sensibles. Ann. de l'Inst. Pasteur VII. 12. p. 820. Déc.

Sarda, G., Fièvre typhoïde et tuberculose combinées. Gaz. des Hôp. 137.

Schaffer, Karl, Ueber Veränderungen d. Nervenzellen b. experiment. chron. Blei-, Arsen- u. Antimonvergiftungen. Ungar. Arch. f. Med. II. 1. p. 43.

Scheibe, A., 2 Fälle von behaarter Granulationsgeschwulst im Mittelohr. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXV. 1 u. 2. p. 108.

Schild, Formalin zur Diagnose d. Typhusbacillen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 22.

Schloffer, Hermann, Ueber d. Verwendung d. Harnagar zur Züchtung d. Diphtheriebacillus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 20.

Schmidt, Ad., Ueber Farbenreaktionen d. Auswurfs. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 6. p. 552.

Schmidt, Martin B., u. Ludwig Aschoff, Die Pyelonephritis in anatom. u. bakteriolog. Beziehung u. d. ursächl. Bedeutung d. Bacterium coli commune f. d. Erkrankungen d. Harnwege. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. 102 S. mit 1 lithogr. Tafel u. 1 Tafel in Lichtdruck. 4 Mk. 50 Pf.

Schöfer, Hans, Ueber d. Verhalten von pathogenen Keimen in Kleinfiltren. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 21.

Schottlaender, J., Ueber drüsige Elemente in Fibromyomen d. Uterus. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 2. p. 321.

Schrank, Jos., Anleitung zur Ausführung bakteriolog. Untersuchungen. Wien. F. Deuticke. Lex.-8. X u. 255 S. mit 137 Abbild. 6 Mk.

Scott, J. Alfred, The micro-chemical reaction of cells in their relation to immunity. Dubl. Journ. XCVII. p. 1. Jan. 1894.

Selter, Paul, Ueber einige seltene heteroplast. Lipombildungen. Virchow's Arch. CXXXIV. 2. p. 199.

Senator, H., Wie wirkt d. Firnissen d. Haut b. Menschen? Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 1 u. 2. p. 184.

Siegert, F., Zur Histogenese d. primären Lungenkrebses. Virchow's Arch. CXXXIV. 2. p. 287.

Sirleo, S., Dell'azione di alcuni farmaci sul prodotto chimico del bacillo della tubercolosi umana. Gazz. degli Ospit. XV. 8. 1894.

Snow, Herbert, On the so-called parasitic protozoa of mammary carcinoma. Lancet II. 20; Nov. Vgl. p. 22. 25. p. 1352. 1541. Nov., Dec.

Sommaruga, E. v., Ueber Stoffwechselprodukte von Mikroorganismen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 2. p. 291.

Spanò, Fiore, Ricerche bacterioscopiche sullo sperma d'individui affetti da tubercolosi non degli organi genito-urinari. Gazz. degli Ospit. XIV. 135.

Spronck, C. H. H., Over cholera-bacillen, onlangs in Nederland uit riviervaart-, gracht-, en slootwater gekweekt. Nederl. Weekbl. II. 20.

Squance, F. Coke, Notes on a post-mortem examination of a case of acromegaly. Brit. med. Journ. Nov. 4. p. 993.

Steven, J. L., The pathology of fibroid degeneration (fibrous transformation). Journ. of Pathol. and Bacteriol. II. 2. p. 190. Nov.

Stricker, S., Studien zur Cholerafrage. Wien. F. Deuticke. Gr. 8. III u. 42 S. mit 1 Tafel. 1 Mk. 20 Pf.

Stricker, S., Ueber d. Quellen d. Eiterung. Wien. klin. Wchnschr. VI. 47. — Aerztl. Centr.-Anzeiger V. 36.

Stroebe, H., Die parasitären Sporozoen in ihren Beziehungen zur menschl. Pathologie, insbes. zur Histogenese u. Aetiologie d. Carcinoms. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. V. 1. 1894.

Stroganow, W., Bakteriolog. Untersuchung d. Genitaltractus d. Frauen zu verschied. Lebensperioden. Materialien zur Frage über d. Schutz d. Organismus gegenüber pathogenen Bakterien von Seiten d. Genitaltractus. Russk. Med. 29—36. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Taussig, Otto, Das Verfahren Pasteur's gegen d. Hundswuth u. seine bisher. Erfolge. Prag. med. Wochenschr. XVIII. 45. 46.

Tavel, E., u. Otto Lanz, Ueber d. Aetiologie d. Peritonitis. Ein Beitrag zur Lehre d. Continuitäts-Infektionen u. d. Continuitäts-Entzündungen. [Mittheil. a. Kliniken u. med. Instit. d. Schweiz. I. 1.] Basel u. Leipzig. Carl Sallmann. 8. XII u. 177 S. mit 8 Tafeln in Lichtdruck.

Teding von Berkhout, Henriette, Experim.-anatom. Beitrag zur Kenntniss d. sekundären Degenerationen im Rückenmarke. Inaug.-Diss. Bern. Buchdr. v. Gebr. Fischer. 8. 56 S. mit 2 Taf.

Timpe, Hermann, Ueber d. Einfluss d. Eiweisskörper auf d. Reaktion d. Nährböden. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 25.

Tizzoni, G., e G. Cattani, Ulteriori ricerche sperimentali sulla immunità contro il tetano. Rif. med. IX. 250. 251. 252. 253. — Berl. klin. Wchnschr. XXX. 49—52. 1893. XXXI. 3. 1894.

Tizzoni, G., e E. Centanni, Siero antirabico ad alto potere immunizzante, applicabile all'uomo. Rif. med. IX. 297.

Tscherewkow, A., Die Lebensfähigkeit d. Typhusbakterien in sterilisirtem u. „rohem" Wasser. Westn. obschtsch. gig., sud. i prakt. Med. Febr. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Tuffier, Hydronéphrose expérimentale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 24. p. 631. Nov.—Déc.

Uffelmann, J., Ist eine Uebertragung d. Typhusbacillen durch d. Luft möglich? Wien. med. Presse XXXIV. 47.

Vaillard et Rouget, Note au sujet de l'étiologie du tétanos. Ann. de l'Inst. Pasteur VII. 7. p. 735. Nov.

Vassalo, Giulio, Sulla tossicità delle tessuti scottati. Rif. med. IX. 271.

Vassale, Giulio, ed Ercole Sacchi, Sulla distruzione della ghiandola pituitaria. Ricerche sperimentali. Riv. sperim. di freniatria e di med. leg. XVIII. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 23. p. 822.

Vaughan, Victor C., The principle of immunity and cure of the infectious diseases. Med. News LXIII. 16. p. 421. Oct.

Vaughan, Victor C., and Charles T. Mc Clintock, The nature of the germicidal constituent of blood-serum. Med. News LXIII. 26. p. 701. Dec.

Velhagen, C., Eine seltene Form von Entwicklungsstörung u. Gewebswucherung im Innern eines Thierauges. Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 4. p. 224.

Waring, H. J., The physiological characters of carcinomata. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 1. p. 142. Oct.

Weichselbaum, A., Ueber d. Entwicklung u. Richtung d. modernen patholog. Anatomie. Wien. klin. Wchnschr. VI. 43.

Weiss, Julius, Beiträge zur Entzündungslehre. Eine histor. Studie. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. 8. 76 S. mit 2 Abbild. 2 Mk.

Willett, Edgar, The preservation of pathological specimens. Lancet II. 22. p. 1349. Nov.

Winkler, Ferdinand, Die Anfertigung von Mikrotomschnitten aus lebenden Bakterienculturen ohne Härtung. Fortschr. d. Med. XI. 22. p. 889.

Winternitz, W., Krankheitsursachen u. Gesundheitsbedingungen. Bl. f. klin. Hydrother. IV. 1. 1894.

Wladimiroff, A., Ueber d. antitoxinerzeugende u. immunisirende Wirkung d. Tetanusgiftes b. Thieren. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 3. p. 405.

Wlaew, G., Der Einfluss hoher Temperaturen auf d. Choleravibrionen u. d. Desinfektion d. Choleradejek-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

tionen mit kochendem Wasser. Wratsch 33. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Wlaew, G., Zur Frage d. Virulenz u. Lebensdauer d. Cholerkeimes in d. Dejektionen. Wratsch 39. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Wullstein, L., Beiträge zur Geschwulstlehre: I. Eine Geschwulst d. Nabels (Combination von Cystadenom d. Schweissdrüsen mit cavernösem Angiom). — II. Eine Geschwulst d. Brustdrüse eines Kindes (congenitales Angioma simplex hyperplasticum). Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen p. 245. 253.

Zeroni, W., Beitrag zur Kenntniss d. Entstehung u. Entwicklung d. Enchondroms d. Knochen. Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen p. 176.

Zörkendörfer, Carl, Ein neuer im Stuhle eines choleraverdächtigen Falles gefundener Vibrio. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 43. 44. — Wien. med. Presse XXXIV. 48.

S. a. I. Bleibtreu, Jahresbericht, Livierato. II. Jacobson, Unna. IV. 1. Krehl; 2. Ammentorp, Ashmead, Barbier, Beck, Engelmann, Freymuth, Harris, Lazarus, Lewaschow, Nastjukow, Neuber, Rickards, Rumpf, Spronck, Zabolotny; 3. Auld, Kohn, Silberstern, Villard; 4. Marchand, Robin, Stange; 5. Köhler, Quincke, Ransom, Sordoillet, Thomas; 6. Ayrer, Chamney, Schuster, Stewart; 8. Arning, Bruns, Greenfield, Guizzetti, Kohnstamm, Leyden, Lishman, Muratoff, Mya, Patrick, Raymond, Reymond, Troitzky; 9. Bassi, Cavazzani, Schabard; 10. Reizenstein, Startin, Thiersch, Völckers; 11. Carry, Nicolle, Omeltschenko; 12. Bruce, Bücklers. V. 1. Demosthen; 2. a. Anderson; 2. b. Burr; 2. c. Arnd, Du Pasquier; 2. e. Le Gendre. VI. Strogonow. VII. Burckhardt, Döderlein, Goldscheider, Krönig, Rossi. X. Oliver, Randolph. XI. Barth, Collin, Sutphen. XIII. 2. Cazeneuve, Kossorotow, Langerhans, Wolkowitsch. XV. Beyerinck, Blackstein, Edel, Maljean, Malvoz, Pick, Stone, Tellier, Zimmermann. XVIII. Buch. XX. Virchow.

IV. Innere Medicin.

1) *Allgemeine Medicin. Propädeutik.*

Janowky, Th., Zur Technik d. Auskultation. Wratsch 28. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Jürgensen, Theodor von, Lehrbuch d. spec. Pathologie u. Therapie, mit besond. Berücksicht. d. Therapie. 3. Aufl. Leipzig. Veit u. Co. Lex.-8. XII u. 848 S. mit Abbild. 16 Mk.

Klein, Stanislaus, Die diagnost. Verwerthung d. Leukocytose. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 87; innere Med. 29.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 26 S. mit 1 Tafel. 75 Pf.

Krehl, Ludolf, Grundriss d. allgem. klin. Pathologie. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. VIII u. 238 S. 6 Mk.

Lees, D. B., Is there a dextrocardiac respiratory reflex? Lancet II. 18; Oct.

Lépine, R., De la méthode avec laquelle il convient d'aborder la clinique. Revue de Méd. XIII. 11. p. 929.

Mann, Friedr., Ueber einen Fall von Cheyne-Stokes'chem Athmen mit günst. Ausgange. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 19 S. 60 Pf.

Queirolo, G. B., Il metodo clinico. Rif. med. X. 10. 11. 12. 1894.

Seifert, Otto, u. Friedr. Müller, Taschenbuch d. med.-klin. Diagnostik. 8. Aufl. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 12. VI u. 192 S. mit 66 Abbild. u. 1 color. Tafel. 3 Mk. 20 Pf.

Sewall, Henry, The value of stethoscopic percussion in medical diagnosis. Med. News LXIII. 18. p. 483. Oct.

Solis-Cohen, S., Oesophageal stethoscope, with remarks on intrathoracic auscultation. Med. News LXIII. 25. p. 688. Dec.

S. a. I. *Harnuntersuchung.* II. Vierordt. III. *Experimentelle Pathologie.* XIX. Bibliothek.

2) *Allgemeine Infektionskrankheiten.*

Agnew, J. W., Small-pox statistics. Lancet II. 20. p. 1216. Nov.

Alexejewski, A., Die Choleraepidemien im Podol'schen Gouvernement. Boln. gas. Botk. 37—42. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Ammentorp, L, Aktinomykose. Bibl. f. Läger 6. — Eira XVII. 21.

Arnaud, Note sur les lésions du gros intestin dans la fièvre typhoïde. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXII. 12. p. 529. Déc.

Aschaffenburg, Ueber Initialdelirien b. Typhus. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 2. p. 93. 1894.

Ashmead, Albert S., Immunizing for yellow fever. New York med. Record XLIV. 16. p. 508. Oct.

Atkins, E. C., Key-notes to the treatment of consumption. New York med. Record XLIV. 21. p. 651. Nov.

Atkinson, F. P., Scarlet fever and Rötheln. Lancet II. 17. p. 1033. Oct.

Babès, V., Note supplimentaire sur la défense de la Roumanie contre le choléra. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 40. p. 366. Oct. 10.

Babès, V., et N. Kalindero, Lésions tuberculeuses comme porte d'entrée de la fièvre typhoïde, l'entéro-hépatite suppurée et l'infection hémorrhagique. Roumanie méd. I. 6. p. 178. Sept.

Baginsky, Adolf, Die klin. Erscheinungen der diphther. Nierenerkrankungen. Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 331.

Baginsky, Adolf, u. Stamm, Zur Pathologie u. Therapie d. Scharlachnephritis. Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 350.

Baker, Oswald, Malaria on shipboard. Brit. med. Journ. Oct. 21. p. 920.

Ballantyne, J. W., The relation of influenza to gynaecological, obstetrical and pediatric cases. Edinb. med. Journ. XXXIX. 7. p. 615. Jan. 1894.

Barbier, H., Sur la présence des bacilles diphthériques dans le jetage et dans les mucosités de la gorge; application au traitement. Bull. de Thér. LXII. 41. p. 205. Nov. 8.

Bayliss, R. A., Diphtheria; tracheotomy; recovery; followed by scarlatina, nephritis, mastoiditis; complete recovery. Brit. med. Journ. Dec. 16. p. 1322.

Beadles, Harold S., Notes of the 2 suspicious cases of cholera at the Coton-Hill asylum. Lancet II. 18. p. 1058. Oct.

Beck, M., Ueber eine durch Streptokokken hervorgerufene Meningitis. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 2. p. 359.

Beck, R. J., Ueber d. von den Proff. Dr. *Emmerich* u. Dr. *Jiro Tsuboi* gegebene Erklärung d. Cholera asiatica als durch d. Cholerabacillen erzeugte Nitritvergiftung. Württemb. Corr.-Bl. LXIII. 36. 37.

Behrendt, M. R. J., Incubation period of measles. Brit. med. Journ. Dec. 23. p. 1374.

Békésy, Géza, Zur Identitätsfrage d. Blattern u. Windpocken. Ungar. Arch. f. Med. II. 1. p. 54.

Bergman, G., Några etiologiska satser beträffande koleran. Hygiea LV. 10. S. 396.

Berthoud, A., 2 cas de fièvre typhoïde; lésions de colo-typhus simulant celles de la dysentérie aiguë. Ann. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 1. p. 40. Janv. 1894.

Bonain, Contribution au traitement de la diphthérie du larynx. Revue de Laryngol. etc. XIV. 21. p. 919. Nov.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Bonne, Georg, Ein Beitrag zur Lehre von der Cholerabehandlung. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 42.

Brannan, John Winters, State and municipal control of infectious and contagious diseases. New York med. Record XLIV. 27. p. 833. Dec.

Brasseur, Revue générale de la tuberculose et spécialement de la méningite tuberculeuse. Presse méd. XLV. 49. 51.

Brun, H. de, Note sur les formes éruptives de la dengue. Gaz. de Par. 41.

Brunner, C. H., Cholera-Aphorismen. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 49.

Caddy, Duncan J., Exceptional cases of scarlet fever. Lancet II. 22. p. 1307. Nov.

Cantieri, Arturo, Note cliniche sopra una epidemia vaiuolosa. Gazz. degli Ospit. XIV. 130.

Carasso, Giovanni Michele, Nuovo metodo di cura nella tubercolosi polmonare. Gazz. degli Ospit. XIV. 131. — Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 22. — Deutsche med. Wchnschr. XIX. 49. 1893. — Lyon méd. LXXV. 2. p. 50. Janv. 1894.

Carslaw, John H., On the severer forms of scarlet fever, with special reference to antipyretic methods of treatment. Glasgow med. Journ. XLI. 1. p. 1. Jan. 1894.

Chantemesse et Widal, Des suppurations froides, consécutives à la fièvre typhoïde. Mercredi méd. 48.

Childe, Charles P., 2 attacks of scarlatina in 4 months. Brit. med. Journ. Nov. 11. p. 1050.

Cloud, J. Howard, A case of chronic tetanus followed by scarlet fever. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 16. p. 395. Oct.

Colasanti, e T. Jacoangeli, L'eliminazione del ferro nella malaria. Rif. med. X. 4. 1894.

Cordwent, Geo., Diphtheria and defective drainage. Brit. med. Journ. Nov. 25. p. 1181.

Councilman, W. T., The pathology and diagnosis of diphtheria. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. p. 540. Nov.

Culkin, J. R., Question of mechanical violence in the treatment of diphtheria. New York med. Record XLIV. 16. p. 489. Oct.

Cushing, W. R., Typhoid fever, its de novo origin. New York med. Record XLIV. 16. p. 507. Oct.

Cuthbert, W. Hawkins, Rötheln and scarlet fever. Lancet II. 25. p. 1542. Dec.

Dabney, William C., An outbreak of typhoid fever presenting unusual features. Med. News LXIII. 23. p. 630. Dec.

Dehio, Karl, Versuche mit intravenösen Infusionen physiolog. Kochsalzlösung b. Cholera asiatica. Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 48.

Delepine, Sheridan, and Arthur Ransome, On the disinfection of tuberculously infected houses. Brit. med. Journ. Nov. 4.

Diphtheria and defective drainage. Brit. med. Journ. Dec. 23. p. 1404.

Doidge, Maurice J., Scarlet fever recurring in a short time. Brit. med. Journ. Dec. 16. p. 1322.

Dowden, J. W., and A. C. Houston, Notes on a case of tetanus. Edinb. med. Journ. XXXIX. 5. p. 426. Nov.

Dubief, H., Sur le diagnostic, le traitement et la prophylaxie du typhus exanthématique. Bull. de Thér. LXII. 44. 48. p. 433. 541. Nov. 30., Déc. 30.

Ducamp, Les tuberculoses atypiques. Semaine méd. XIII. 71.

Dufaud, G., L'évolution de l'endémie typhoïde à la caserne d'artillerie de Tunis en 1892. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXII. 11. p. 377. Nov.

Dufour, Fièvre typhoïde; vers intestinaux; mort subite; dégénérescence vacuolaire des fibres du myocarde. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 22. p. 569. Oct.—Nov.

Edmunds, James, Some points with reference to the diagnosis and treatment of typhoid fever. Lancet II. 22. 24. p. 1351. 1476. Nov., Dec.

Elliot, Gustavus, The treatment of enteric fever. New York med. Record XL. 21. p. 641. Nov.

Engelmann, G., Ueber Aktinomykose b. Menschen. Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 50.

Englund, N., Några iakttagelser angående difteriterapien. Hygiea LV. 10. S. 404.

Ernst, Harold C., Differential diagnosis of diphtheria. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 18. p. 455. Nov.

Escherich, Die Aetiologie u. Pathogenese d. Diphtherie. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 47—50.

Esmarch, E. von, Die Cholera in Ostpreussen im J. 1893. Deutsche med. Wchnschr. XX. 1. 1894.

Fahm, J., Ueber d. diagnost. Werth d. Indicanreaktion b. Tuberkulose im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 2. p. 176. 1894.

Fedoroff, S., Zur Blutserumtherapie d. Cholera asiatica. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 3. p. 423.

Felsenthal, S., Beiträge zur Aetiologie u. Therapie d. Erysipels u. d. Erysipeloids. Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 221.

Fiedler, A., Die Febris recurrens chronica. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 132.

Finsen, R., Endnu et Par Ord om Koppebehandling. Hosp.-Tid. 4. R. I. 52.

Fisher, H. Holdrich, A case of traumatic tetanus; recovery. Lancet II. 23. p. 1382. Dec.

Flick, Lawrence F., Practical measures for the prevention of tuberculosis. Med. News LXIII. 17. p. 449. Oct.

Flick, Lawrence F., The early recognition of tuberculosis. Univers. med. Mag. VI. 2. p. 101. Nov.

Forbes, Charles, Malaria on shipboard. Brit. med. Journ. Nov. 25. p. 1152.

Fox, Hingston, Some points with reference to the diagnosis and treatment of typhoid fever. Lancet II. 21. p. 1279. Nov.

Fraenkel, A., u. G. Troje, Ueber d. pneumon. Form d. akuten Lungentuberkulose. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 1 u. 2. p. 30.

Fraenkel, Eug., Ueber specif. Behandl. d. Abdominaltyphus. Med. Post II. 1. 1894.

Freeman, E. Carrick, A case of hydrophobia. Brit. med. Journ. Oct. 28. p. 945.

Freymuth u. Lickfett, Nochmals zur Diagnose d. Cholera mittels Agarplatten. Deutsche med. Wochenschr. XIX. 52.

Frickhinger, Gottfr., Ueber Erysipel u. Erysipel-Recidive. Inaug.-Diss. München. J. L. Lehmann. Gr. 8. 29 S. mit 1 Fig. 1 Mk.

Fürbringer, P., Die diesjähr. [1893] Cholerafälle im städt. Krankenhause am Friedrichshain. Deutsche med. Wchnschr. XX. 2. 1894. vgl. a. p. 37.

Gerner, J. C., Skarlagensfeberen og Hospitalerne. Ugeskr. f. Läger 4. R. XXVIII. 22.

Geschwind, H., Un cas de pseudo-typhus. Ann. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 1. p. 31. Janv. 1894.

Giraudeau, C., et L. Rénon, Choléra nostras et contagion. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 47.

Gluck, Th., Ueber chirurg. Eingriffe b. Scarlatina. Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 382.

Griffiths, S. A. E., Scarlet fever and enteric fever. Lancet II. 22. p. 1307. Nov.

Guelpa, Guglielmo, Il crup. Gazz. Lomb. 50.

Guilbert, 3 épidémies scolaires de fièvre typhoïde. Ann. d'Hyg. 3. S. XXX. 5. p. 408. Nov.

Hagelstam, Jarl, Om tyfoidfeberns etiologi och om sjukdomens förhållande i Helsingfors åren 1890—1892. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 12. S. 883.

Hallopeau, H., Des trêves dans les manifestations cutanées de la tuberculose. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. IV. 10. p. 1037.

Harris, Thomas, A case illustrating the value

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

of inoculation experiments in animals in the diagnosis of pulmonary phthisis. Lancet II. 24; Dec.

Hawkins, Francis, A case of hemiplegia in typhoid fever associated with aphasia; haemorrhage from the bowels and purpura. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 50.

Henoch, E., 4 Fälle von Tetanus. Charité-Ann. XVIII. p. 334.

Heron, G. A., and T. H. Arnold Chaplin, The relation of dust in hospitals to tuberculous infection. Lancet I. 1; Jan. 1894.

Hershey, E. P., The treatment of phthisis. New York med. Record XLIV. 26. p. 899. Dec.

Holowtschiner, M., Zur Frage über d. Scharlach-Rötheln. Med. Obosr. 34. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Hood, Donald W. C., On some points with reference to the diagnosis and treatment of typhoid fever. Lancet II. 20; Nov.

Jakowski, M., Beitrag zur Frage über d. sogen. Mischinfektionen d. Phthisiker. Untersuchungen d. Blutes d. Phthisiker in d. hekt. Periode. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 23.

Janson, C., Undersögelsar öfver difteri, scarlatina och angina tonsillaris. Hygiea LV. 11. Förh. S. 116.

Jensen, C. O., Miltbrandartet Rosen og „charbon symptomatique". Ugeskr. f. Läger 4. R. XXVIII. 23.

Johnson, George, Diphtheria and defective drainage. Brit. med. Journ. Nov. 18. p. 1126.

Johnson, H. P., Scarlet fever; relapse on the 70th. day. Brit. med. Journ. Dec. 16. p. 1322.

Juhel-Renoy et Bolognesi, De l'érysipèle de la face, à type pétéchial couperosique. Arch. gén. p. 31. Janv. 1894.

Ivatts, Edgar R., Scarlet fever and Rötheln. Lancet II. 18. p. 1090. Oct.

Kalandarischwili, M., Ueber d. Temperaturverhältnisse b. Cholerakranken in algiden u. typhösen Stadien d. Epidemie von 1892. Med. Obosr. 16. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Kanellis, Spiridion, 2 mots sur le traitement de la diphthérie. Bull. de Thér. LXII. 46. p. 509. Déc. 15.

Kirchberg, E., Relation de 3 cas de béribéri. Gaz. des Hôp. 1. 2. 4. 1894.

Kirjakow, S., Die Ansteckungsperiode d. Masern. Wratsch 34. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Klemm, Paul, Die Knochenerkrankungen im Typhus. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 4. p. 862.

Koch, Carl, Ueber Choleraexanthem b. Kindern. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 72.

Koch, Robert, Therapie d. Cholera. Med. Post 22.

Körber; Weidenbaum; Kieseritzky und Graubner, Die gegenwärt. Choleraepidemie zu Dorpat (Jurjew). Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 44.

Kossel, H., Einige neuere Arbeiten über Diphtherie. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 46.

Kraïouchkine, W., Statistique du traitement préventif de la rage à St. Pétersbourg 1892. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. II. 3. p. 505.

Laborde, J. V., Nouvelle application du procédé des tractions rythmées de la langue à l'asphyxie avec mort apparente à la suite de trachéotomie dans le cas de diphthérie croupale. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 47. p. 624. Nov. 28.

Laveran, A., Contribution à l'étude de l'étiologie de la dysentérie. Gaz. de Par. 46.

Lazarus, A., Ein Fall von Cholera asiatica durch Laboratorium-Infektion. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 51.

Lese, Elmer, Cholera, its prevention and treatment. Pacific Record VIII. 3; Oct.

Lewaschow, S., Bakteriolog. Methoden zur Behandlung von Infektionskrankheiten b. Menschen überhaupt u. d. Behandlung des Flecktyphus mit Serum im Speciellen. Wratsch 35—38. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Leyden, E., Ueber Venenthrombosen im Verlaufe d. Influenza. Charité-Ann. XVIII. p. 125.

Loewy, Leopold, Die Typhusepidemie in Fünfkirchen, verursacht durch Infektion der Wasserleitung. [Klin. Zeit- u. Streitfragen VII. 9.] Wien. A. Hoelder. Gr. 8. S. 329—359. 1 Mk.

Loison, Ed., De la coexistence de la fièvre typhoïde et de la tuberculose pulmonaire. Gaz. des Hôp. 119.

Lucatello, L., Contributo alla patogenesi delle affezioni laringee nella tifoide. Gazz. degli Ospit. XIV. 132.

Mc Collom, J. H., Typhoid fever in Boston. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 12. p. 295. Sept.

Macdonald, Keith N., What is the best treatment of diphtheria? Edinb. med. Journ. XXXIX. 5. p. 432. Nov.

Mc Feely, J. D., Cow-pox and small-pox. Brit. med. Journ. Dec. 9. p. 1270.

Mackie, J., Cholera at Mecca and quarantine in Egypt. Lancet II. 18; Oct.

Mc Vail, John C., Varioloid or varicella. Glasgow med. Journ. XL. 5. p. 334. Nov.

Mc Vail, John C., Cholera precautions in Scotland. Edinb. med. Journ. XXXIX. 7. p. 595. Jan. 1894.

Maillart, Hector, Etude sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau ingérée en boissons abondantes. Revue de Méd. XIII. 11. p. 955.

Majundár, P. C., The therapeutics of cholera (cholera asiatica). Philadelphia. Boericke and Tafel. 8. 102 pp.

Marandon de Montyel, Contribution à l'étude clinique des rapports de l'impaludisme et de l'alcoolisme. Ann. méd.-psychol. 7. S. XXVIII. 3. p. 353. Nov.—Déc.

Martial, L., Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du tétanos. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 59 pp.

Mayer, M., Die Tuberkulose u. deren heutige Behandlung in Sanatorien u. Asylen, dargestellt in ihrer med. u. socialen Bedeutung. [Klin. Zeit- u. Streitfragen VII. 5 u. 6.] Wien. A. Hölder. Gr. 8. S. 165—236. 2 Mk.

Mehrer, Isidor, Influenza cerebralis. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 2. 1894.

Méry, H., Traitement de la coqueluche. Gaz. de Par. 49.

Monard, H., Une petite épidémie de fièvre typhoïde d'origine hydrique. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 1. p. 22. Janv. 1894.

Monod, Henri, Les mesures administratives prises en France contre le choléra en 1892. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 45. p. 585. Nov. 14.

Morison, Alexander, Syncope after influenza. Lancet I. 1. p. 63. Jan. 1894.

Mosny, Ernest, De la conduite à tenir dans les écoles en cas de fièvre typhoïde ou de choléra à propos du nouveau réglement modèle du 18 août 1893. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 1. p. 27. Janv. 1894.

Müller, Entstehungsgeschichte der Cholera in Havelberg im October 1893. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 47.

Nastjukow, M., Ueber d. Bacillus d. Grippe u. d. klin. Diagnose dieser Krankheit. Wratsch 30—33. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Neuber, Eduard, Ueber Aktinomykosis. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 49. 50. 51. 52.

Nikitin, W., Ein Fall von croupöser Laryngo-Tracheo-Bronchitis diphther. Ursprungs. Wratsch 30. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Olivier, G., Une épidémie de dysentérie et de diarrhée dysentériforme à Saint-Etienne en 1892. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXII. 11. p. 387. Nov.

Oriou, Contribution à l'étude de l'urologie dans la fièvre typhoïde au point de vue des oxydations intra-organiques et de l'élimination des déchets de la combustion et de la désintégration des tissus. Revue de Méd. XIII. 11. 12. p. 935. 1031.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Orth, J., Zur Geschichte d. Diphtherie u. anderer Infektionskrankheiten. Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen p. 258.

Orton, J. G., Unique case of traumatic tetanus, with generalization and recovery. Med. News LVIII. 22. p. 606. Nov.

Osler, William, Profound toxemia with slight tuberculous lesions. Med. News LXIII. 23. p. 632. Dec.

Otis, Edward O., Pulmonary tuberculosis with especial reference to its prophylaxis, hygieinic and climatic treatment. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 14. 15. p. 337. 365. Oct.

Pal, J., Zur Lehre vom Ikterus b. Infektionskrankheiten. Wien. klin. Wchnschr. VII. 2. 1894.

Petersen, Julius, En medicinal-historisk Notits angaaende Koppebehandling. Hosp.-Tid. 4. R. I. 45.

Petruschky, J., Zur Behandl. fieberndor Phthisiker. Charité-Ann. XVIII. p. 506.

Philip, Paul, Zur Aetiologie u. Statistik d. Diphtherie. Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 297.

Plange, W., Die Infektionskrankheiten, ihre Entstehung, ihr Wesen u. ihre Bekämpfung. Berlin. S. Karger. Gr. 8. VIII u. 104 S. 2 Mk. 50 Pf.

Plicque, A., Traitement de la diphthérie. Revue d'Obstétr. VI. p. 275. 308. Sept., Oct.

Porter, C., Notes and queries on small-pox. Lancet II. 20; Nov.

Potain, Syphilis et tuberculose pulmonaire. Gaz. des Hôp. 145.

Pourquier et Ducamp, Sur la question de l'identité de la vaccine et de la variole. Semaine méd. XIII. 60.

Proust, A., Note sur le typhus exanthématique en France 1893. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 1. p. 11. Janv. 2. 1894.

Purdom, J. Fulton, Typhoid fever. Amer. Pract. and News XVI. 10. p. 375. Nov.

Puriz, K., Einige Beobachtungen über reichl. Ernährung b. Typhuskranken. Wratsch. 26. 27. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Reger, Graph. Darstellungen d. Weiterverbreitung verschiedener contagiöser Infektionskrankheiten. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. 13 S. mit 2 Tafeln. 1 Mk.

Regli, Die Diphteritisepidemie in Guttannen 1892 bis 1893. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 2. p. 42. 1894.

Renvers, Die Choleraerkrankungen im städtischen Krankenhause Moabit. Deutsche med. Wchnschr. XX. 3. 1894.

Revilliod, L., Des conditions de la curabilité de tuberculose. Revue méd. de la Suisse rom. XIII. 10. p. 585. Oct.

Reynolds, W. Percy, Mild influenza; cardiac thrombosis; sudden fatal syncope. Lancet II. 27; Dec.

Ricci, Carlo Alberto, Su 2 casi di febbre gangliare. Gazz. degli Ospit. XIV. 124.

Rickards, Edwin, On infectious diseases with especial reference to their treatment by vaccines. Brit. med. Journ. Nov. 4.

Roger, H., Sur les variations de la glycogénie dans l'infection charbonneuse. Gaz. de Par. 45.

Romme, R., A propos du traitement de la fièvre typhoïde. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 45.

Romme, R., La tuberculose des amygdales dans ses rapports avec la tuberculose des ganglions cervicaux et des poumons. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 49.

Rumpf u. Eugen Fraenkel, Klin. u. anatom. Beiträge zur Choleraniere. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 1 u. 2. p. 21.

Russell, William, Some practical results of the investigation of cholera in Germany. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 1.

Ryle, R. J., Mumps and hyperplasia of the cervical lymphatic glands. Brit. med. Journ. Dec. 23. p. 1373.

Scheube, B., Die Beriberi-Krankheit. Eine geographisch-med. Studie. Jena 1894. Gustav Fischer. Gr. 8. VIII u. 220 S. mit 2 lithogr. Taf. u. 1 geogr. Karte.

Schkljarewsky, A., Ueber einen Fall von Behandl. d. algiden Stadium d. Cholera mittels Eisbeutels. Russk. Med. 31. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Schlenker, Emil, Beiträge zur Lehre von der menschl. Tuberkulose. Virchow's Arch. CXXXIV. 2. p. 247.

Schmidt, Heinrich, Ueber Influenza. Schmidt's Jahrbb. CCXLI. p. 146.

Schnaubert, W., Die Phthisis pulmonaris in Moskau 1880—1889. Moskau. Lex.-8. 190 S. mit 5 Tafeln. [Russisch.]

Schwarz, S., Zur Therapie d. Dysenterie. Internat. klin. Rundschau 36.

Scudder, Charles L., Diphtheria; tracheotomy; persistent and increasing dyspnoea; systematic curetting of the trachea; recovery. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 19. p. 465. Nov.

Sedgwick, W. T., An investigation of an epidemic of typhoid fever due to milk. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 20. p. 485. 489. Nov.

Seibert, A., Submembranöse Lokalbehandlung d. sichtbaren Rachendiphtherie. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 29.

Smyth, J. D. Hirst, The difficulties of diagnosing small-pox. Lancet II. 24. 26. p. 1477. 1592. Dec.

Snape, Ernest A., A case of English cholera. Lancet II. 17; Oct.

Spear, David Dana, An epidemic of scarlet fever. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 24. p. 594. Dec.

Sperling, P., Zur Influenzaepidemie. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 51.

Spronck, C. H. H., Over de bacteriologische diagnose van aziatische cholera. Nederl. Weekbl. II. 16.

Stieda, Hermann, Neue Arbeiten über Cholera asiatica. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. IV. 21.

Sutton, H. Grant, Diphtheria and its causation. Lancet I. 2. p. 89. Jan. 1894.

Svendsen, Behandling af Kopper med Udestängning af de kemiske Straaler. Hosp.-Tid. 4. R. I. 44.

Syson, J. Cockburn, Notes on a case of hydrophobia. Glasgow med. Journ. XLI. 1. p. 38. Jan. 1894.

Taub, Julius, Die Anwendung d. Intubation b. d. Keuchhusten. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 61.

Tayler, Francis T., The difficulties of diagnosing small-pox. Lancet I. 1. p. 63. Jan. 1894.

Taylor, J., An epidemic of typhoid fever from polluted water. Brit. med. Journ. Dec. 23. p. 1373.

Teevan, A., Antiseptics in typhoid fever. Brit. med. Journ. Jan. 13. p. 62. 1894.

Tiktion, O., Zur Frage über d. Rolle d. Milz b. Recurrens. Med. Obosr. 18. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Tonkin, T. J., Case of uraemia following scarlet fever; recovery. Lancet II. 23; Dec.

Tschernajew, N., Zur Klinik d. Abdominaltyphus. Boln. gas. Botk. 30—38. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Tuberkulose s. III. *Baas, Babes, Bollinger, Cordua, Dansac, Kischensky, Miller, Reich, Sarda, Spanò.* IV. 2. *Atkins, Babes, Brasseur, Carasso, Delepine, Ducamp, Fahm, Flick, Fraenkel, Hallopeau, Harris, Heron, Hershey, Jakowski, Loison, Mayer, Osler, Otis, Petruschky, Potain, Revilliod, Romme, Schlenker, Schnaubert, Wolff;* 3. *Keser;* 4. *Köster, Londe;* 5. *Sestini, Vierordt, Wyss;* 6. *Berg, Wibo;* 9. *Ewald, Grawitz;* 10. *Schütz, Veiel.* V. 1. *Adenot, Koehler, Sacchi;* 2. c. *Benoit, Krüger, Schmid, Warnek;* 2. e. *Gibney, Quillemain, Halsted, Loison, Nicolaysen.* VI. *Doran, Péron.* VIII. *Carpenter, Henle, Hutinel.* X. *Bach, Boissis.* XI. *Grayson, Herzog, Oresco, Sacaze, Solly.* XIII. 2. *Awramow, Berardinone, Blanchard, Chaumier, Fine,*

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Grande, Labbé, Lutz, Schiess, Schüller, Valvassori, Winkler. XIV. 1. *Baudach, Lütxhöft, Ruck, Stern.* XVIII. *Nocard.*

Vinay, Ch., La fièvre typhoïde chez la femme enceinte et chez l'accouchée. Lyon méd. LXXIV. p. 465. Déc.

Wertheim Salomonson en C. De Rooij, De influenza-epidemie in Nederland. Nederl. Weekbl. II. 21.

Wilischanin, P., Zur Symptomatologie d. Rötheln. Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 49.

Wilks, Samuel, Sir *W. Jenner* on diphtheria and fevers. Brit. med. Journ. Nov. 11. p. 1078.

Wilks, Samuel, Diphtheria and defective drainage. Brit. med. Journ. Dec. 2. p. 1247.

Williams, Francis H., Diphtheria and other membranous affections of the throat. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. 5. p. 519. Nov.

Wilson, James C., Report of a fifth series of cases of enteric or typhoid fever treated by systematic cold bathing in the German hospital, Philadelphia. Med. News LXIII. 22. p. 595. Nov.

Winternitz, Wilhelm, Angina diphtheritica u. ihre hydriat. Behandlung. Bl. f. klin. Hydrother. III. 12.

Wissing, Joh., Nogle Bemärkninger om Gulfeberns Smitteforhold. Hosp.-Tid. 4. R. I. 50. 51.

Wolff, Ueber Blutuntersuchungen in Reiboldsgrün. Münchn. med. Wchnschr. XL. 42.

Wyman, S. E., Anthrax facici. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 17. p. 413. Oct.

Wyssokowicz, Stastitique de l'Institut Pasteur de Charcow. Ann. de l'Inst. Pasteur VII. 7. p. 783. Nov.

Zabolotny, D., Zur Frage d. raschen Bakteriendiagnose d. Cholera. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 51.

Zahn, Ueber d. neueren prophylakt. Bestrebungen auf d. Gebiete d. akuten Infektionskrankheiten. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte IX. p. 229. 266. Oct., Dec.

Zampetti, Alfonso, Un caso di albuminuria da influenza. Gazz. Lomb. 43.

Zdekauer, N. Th., Ueber d. Cholera. Shurn. russk. obschtsch. ochran. narodn. sdraw. Jan. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Zwaardemaker en Kraft, Over de reconvalescentie van beri-beri. Nederl. Weekbl. II. 15.

S. a. III. *Mikroorganismen.* IV. 3. *Empyem, Pleuritis, Pneumonie;* 5. Fischl, Ransom; 7. *Rheumatismus;* 8. *Chorea,* Félix, Gruening, Leyden, Lloyd, Massalango, White. V. 2. a. Grunert, Ignatewski, Vickery; 2. c. Atgier, Brewis, O'Hagan. VI. Phillips. VII. Ahlfeld, Bond, Boxall, Collier, Goldscheider, Hermann, Leeson, Löhlein, Maffucci, Parkes, Playfair, Ryan. VIII. Chmellicek, Dungern, Papiewski. IX. Blumenau, Pailhas. X. Demetriadis. XI. Dudefoy, Grjasnow, Réthi, Roaldes, Tsagyroglous. XIII. 2. Bard, Barnes, Binz, Cerna, Ferreira, Gottschalk, Graeser, Haines, Hamilton, Kétli, Labanowski, Lutz, Milman, Moore, Moricourt, Poehl, Pucci, Robertson, Then, Tomaschewitsch, Tschourilow; 3. Illingworth. XV. *Vaccination,* Hällström, Ssabinin, Thoinot. XVII. Frölich. XVIII. Semmer. XIX. Du Mesnil, Rowe. XX. Virchow.

3) *Krankheiten des Respirationsapparates (und des Mediastinum).*

Aufrecht, E., Die Heilung d. Empyems. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 1 u. 2. p. 1.

Auld, A. G., Further observations on the morbid anatomy and pathology of emphysema, with an account of the conduction of the pulmonary nerves. Lancet II. 23; Dec.

Baruch, Simon, Gefahren d. Kaltwasserbehandlung b. Pneumonie im Kindesalter. Bl. f. klin. Hydrother. III. 12.

Bernard, Fibrome embryonnaire de la plèvre. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 23. p. 605. Nov.

Brügelmann, Psychotherapie u. Asthma. Ztschr. f. Hypnot. II. 3. p. 84.

Calvert, James, A case of subacute oedema of lungs occurring above a diminishing pleural effusion. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 43.

Claisse, P., Des infections bronchiques. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 131 pp.

Clark, Andrew, The treatment of fibroid lung disease. Lancet I. 1; Jan. 1894.

Destrée, Traitement de la pneumonie franche. Journ. de Brux. LI. 51. p. 817. Déc.

Federici, F., Contributo alla diagnosi della polmonite crupale nei bambini. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 3. p. 428.

Fodor, Julius, Pleuritis exsudativa sinistra. Bl. f. Hydrother. IV. 1. 1894.

Francke, Walther, Ueber Lungenschrumpfung aus d. ersten Lebenszeit. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 1 u. 2. p. 125.

Grube, Karl, Giebt es eine specif. Pneumonie d. Gichtischen? Deutsche med. Wchnschr. XIX. 47.

Harris, Thomas, A contribution to the pathology and clinical features of primary malignant disease of the pleura. Journ. of Pathol. and Bacteriol. II. 2. p. 174. Nov.

Keser, J., Broncho-pneumonia simulating acute pulmonary tuberculosis. Brit. med. Journ. Jan. 13. 1894.

Kohn, H., Ein Fall von Pneumonomycosis aspergillina. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 50.

Kuh, Edwin J., A common etiology in the inflammatory diseases of the respiratory tract. Med. News LXIII. 22. p. 602. Nov.

Lancereaux, E., L'anthracose pulmonaire chez les polisseurs de charbon destiné aux appareils électriques. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 46. p. 609. Nov. 21.

Lyon, Gaston, Traitement de la pneumonie. Gaz. des Hôp. 144.

Massey, Frank, Symmetrical hemorrhagic infarct of both lungs. Univers. med. Mag. VI. 3. p. 186. Dec.

Miller, N., Ueber Lungenentzündung bei kleinen Kindern. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 2. p. 113. 1894.

Monti u. Emil Berggrün, Ueber d. im Verlaufe der lobären Pneumonie auftretenden Veränderungen des Blutes. Arch. f. Kinderhkde. XVII. 1 u. 2. p. 1.

Morrison, Alexander, A case of pulmonary abscess communicating with the posterior mediastinum. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 189.

Nikitin, W. N., Ein Fall von partieller Lungennekrose traumat. Ursprungs. Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 42.

Ogle, John W., Plastic bronchitis. Lancet II. 25. p. 1538. Dec.

Osler, William, Parotitis in pneumonia. Univers. med. Mag. VI. 4. p. 245. Jan. 1894.

Ranglaret, A., Sarcome primitif du poumon gauche. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 22. p. 591. Oct.—Nov.

Reinhold, H., Ueber angeb. u. in früher Kindheit erworbene Defektbildungen in d. Lungen. Münchn. med. Wchnschr. XL. 45. 46.

Silberstern, Philipp, Hautemphysem u. Lungenaktinomykose. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 46. 47. 48.

Straight, Horace R., Apex catarrh. New York med. Record XLV. 1. p. 5. Jan. 1894.

Sziklai, Carl, Welches ist d. empfehlenswertheste Behandlung d. Pneumonie? Wien. med. Presse XXXV. 4. 1894.

Tait, Lawson, On the occurrence of pleural effusion in association with disease of the abdomen. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 109. 1892.

Trainier, J., Analyse d'un cas de pneumonie infectieuse. Bull. de Thér. LXII. 48. p. 562. Déc. 30.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Tubenthal, Traumat. Lungen- u. Brustfellentzündung. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXII. 12. p. 521.

Tyson, James, 2 cases of croupous pneumonia. Univers. med. Mag. VI. 4. p. 225. Jan. 1894.

Villard, H., La bactériologie des broncho-pneumonies. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 46.

Wassermann, A., Ueber differentielle Diagnostik von entzündl. Lungenaffektionen. Deutsche med. Wochenschr. XIX. 47.

Weissenberg, S., Ein Fall von ephemerer Pneumonie. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 48.

Willgerodt, W., Ueber d. hämorrhag. Infarkt d. Lunge. Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen p. 100.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Auché, Babes, Bunzl, Corin, Grawitz, Kretz, Pane, Siegert. IV. 1. Mann, Solis; 2. *Lungentuberkulose,* Nikitin; 4. Aublé, Hanot, Köster; 5. Chappet, Jayle, Whipham; 6. Dickinson; 10. Hölscher; 11. Thompson. V. 2. c. *Lungenchirurgie.* VII. Carpenter. IX. Juliusburger. XIII. 2. Mehrer; 3. Langerhans. XIV. 1. Baudach; 3. De Renzi.

4) *Krankheiten des Cirkulationsapparates.*

Arloing, S., Remarques sur quelques troubles du rhythme cardiaque. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 85. Janv. 1894.

Arloing, Redoublement des chocs et des bruits du coeur. Lyon méd. LXXV. p. 52. Janv. 1894.

Atkinson, J. E., Venesection in the treatment of engorgements and dilatations of right side of heart. Therap. Gaz. 3. S. IX. 11. p. 728. Nov.

Aublé, F. V., Essai clinique sur l'endocardite pneumonique. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 93 pp.

Baccelli, Guido, Ueber gegenseitige Compensation b. gleichartiger Veränderung mehrerer Herzostien. Deutsche med. Wchnschr. XX. 2. 1894.

Bailey, William, Heart therapy. Amer. Pract. and News XVI. 6. p. 209. Sept.

Barié, E., Le bruit de galop. Semaine méd. XIII. 60.

Basch, S. von, Ueber latente Arteriosklerose u. deren Beziehung zu Fettleibigkeit, Herzerkrankungen u. anderen Begleiterscheinungen. [Wien. med. Presse XXXIV. 20—30.] Wien u. Leipzig. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 43 S. 1 Mk.

Bishop, P. Hill, Case of aneurysm of the aorta and innominate artery; simultaneous ligature of carotid and subclavian arteries. Brit. med. Journ. Jan. 6. p. 14. 1894.

Brondgeest, T. Q., Bijdrage tot de diagnose van aneurysma arcus aortae. Nederl. Weekbl. II. 15.

Clark, Andrew, On mitral stenosis. Lancet II. 23; Dec.

Coley, Frederick C., Heart disease in children. Brit. med. Journ. Nov. 25.

Councilman, William T., Sudden death due to the heart. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 19. p. 457. Nov.

Curnow, John, On cardiac failure and dilatation of the heart. Lancet I. 1. 2; Jan. 1894.

D'Allocco, Orazio, Sopra 126 ammalati di vizii di cuore. Gazz. degli Ospit. XIV. 134.

Dehio, Karl, Ueber die Bradykardie der Reconvalescenten. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 1 u. 2. p. 47.

Fraser, James W., 2 cases of sudden death from haemorrhage into the pericardium. Lancet II. 23; Dec.

Gordon, John, Death from haemorrhage into the pericardium. Lancet I. 1; Jan. 1894.

Handford, H., A case of hyperplastic (obliterating) phlebitis or phlebosclerosis affecting the larger veins. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 20.

Hanot, et Em. Boix, Athérome; insuffisance cardiaque; asystolie; ulcère simple de l'estomac; infarctus fibreux du poumon. Arch. gén. p. 722. Déc.

Hansy, Franz, Zur Casuistik u. Therapie d. Blutgefässgeschwülste [Beitr. z. klin. Med., herausgeg. von *Gust. Riehl,* 3. Heft]. Wien. W. Braumüller. Gr. 8. VII u. 69 S. mit 3 Tafeln. 2 Mk.

Heiligenthal, Ueber d. Behandl. d. Herzkranken mit mechan. Heilgymnastik. Württemb. Corr.-Bl. LXIII. 33.

Hektoen, Ludwig, 3 specimens of tumors of the heart: Metastatic carcinomatous nodule in the myocardium. Implantation-sarcoma of the right ventricle. Primary roundcelled sarcoma of the epicardium. Med. News LXIII. 21. p. 571. Nov.

Herz, Leopold, Das schwache Herz „weakened heart". Wien. med. Wchnschr. XLIII. 44. 45.

Heyse, Ein Fall von hochgrad. Verlagerung des Herzens nach d. linken Seite. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 44.

Jacobsohn, P., Enorm ausgebildete Sklerose sämmtl. Hirnarterien. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 49. p. 1311.

Jaroschewski, S., Zur Aetiologie der Herzneurosen. Med. 28—30. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Jayle, Anévrysme artérioso-veineux de l'aorte et de la veine cave supérieure. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 20. p. 540. Juillet—Oct.

Köster, H., Ett fall af tuberkulös mediastino-pericarditis. Göteborgs läkaresällsk. förh. S. 167.

Krakauer, J., Die Funktionsstörungen d. Cirkulationsorgane u. deren Behandlung. Neuwied u. Berlin. Heuser's Verl. 8. 42 S. 1 Mk.

Litten, Ueber Pseudo-Aorteninsufficienz. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 51. p. 1360.

Londe, P., et R. Petit, Endocardite végétante tuberculeuse. Arch. gén. p. 94. Janv. 1894.

Marchand, F., Zur Kenntniss d. Embolie u. Thrombose d. Gehirnarterien, zugleich ein Beitrag zur Casuistik d. primären Herztumoren u. d. gekreuzten Embolie. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 1. 2. 3. 1894.

Michaelis, M., Zur Endocarditis gonorrhoica. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 45.

Muselier, P., Athérome généralisé précoce; hypertrophie du coeur gauche; hémorrhagie cérébrale. Gaz. de Par. 42.

Oestreich, Die Fragmentatio myocardii (Myocardite segmentaire). Virchow's Arch. CXXXV. 1. p. 79. 1894.

O'Sullivan, Patrick T., Wound of the pulmonary artery. Brit. med. Journ. Jan. 13. p. 64. 1894.

Petteruti, G., e A. Marcantonio, Variazioni della densità del sangue nei cardiaci e suoi rapporti con i transudati sierosi. Rif. med. IX. 254. 255.

Potain, Endocardite rheumatismale aiguë. Semaine méd. XIII. 68.

Regaud, Bruit bullaire produit par les mouvements cardio-aortiques. Lyon méd. LXXIV. p. 618. Déc.

Reiss, P. L., Contribution à l'étude des malformations congénitales du coeur. Maladie de Roger. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 65 pp.

Rigal, Evolution et pronostic des myocardites chroniques. Semaine méd. XIII. 73.

Robin, Albert, Note sur un cas de myxome du coeur. Arch. de Méd. expérim. V. 6. p. 802. Nov.

Rosenbach, O., Die Krankheiten des Herzens u. ihre Behandlung. 1. Hälfte. Wien u. Leipzig. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 400 S. 10 Mk.

Selter, Paul, Ein Aneurysma d. Milzarterie entstanden in Folge einer durch Embolie hervorgerufenen Blutdrucksteigerung. Virchow's Arch. CXXXIV. 2. p. 189.

Simon, Les affections organiques du coeur chez l'enfant. Gaz. des Hôp. 140.

Sourris, J., Contribution à l'étude des anévrysmes de la crosse de l'aorte. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXII. 11. p. 399. Nov.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Stange, P., Ueber einen Fall von Kugelthrombus im Vorhof d. linken Herzens. Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen p. 232.

Tollemer, L., Anévrysme de la crosse de l'aorte ouvert dans la trachée; anévrysme en bissac devenu diffus. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 22. p. 566. Oct.—Nov.

Vestberg, A., Fall af dissekerande hjertaneurysm. Hygiea LV. 11. Förh. S. 121.

Vittorino, Rampoldi, Caso di linfosarcoma addominale con metastasi all' orecchietta destra del cuore verso lo sbocco de la cava discendente. Gazz. Lomb. 46.

S. a. I. Boruttau. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Davison, Elschnig, Ernst, Laulanié, Piffault. IV. 1. Lees; 2. Dufour, Leyden, Reynolds; 5. Köhler; 7. Moore; 8. Eskeridge, Gerhardt, Gruening, Jansen, Jayle, Nammack, Rosin, Saveliew, Souchay, Stix; 9. Gardner. V. 1. Billroth; 2. a. Bennett, Croft, Johnson, Sigmund, Vickery; 2. c. Brown, Clutton, Lumniczer, Niebergall, Osler; 2. e. Godlee, Knox, LeGendre, Poncet, v. Weymarn. VII. Heuck, Sperling. VIII. Hapke, Hutinel, Liwow. X. Axenfeld, Reeve. XI. Körner. XII. Röse. XIII. 1. Page; 2. Ashton, Couldrey, Pawinski; 3. Davies. XIV. 3. De Renzi. XVIII. Csokor.

5) *Krankheiten des Digestionsapparates und der Milz.*

Affleck, J. O., Observations upon disease of the appendix vermiformis and its results. Edinb. med.-chir. Transact. N. S. XII. p. 214.

Babes, V., et M. Manicatide, Kyste hydatique du foie combiné avec cysticercose. Roumanie méd. I. 7. p. 220. Oct.

Barbacci, Ottone, Ueber Aetiologie u. Pathogenese d. Peritonitis durch Perforation. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. IV. 19.

Bergmann, J., Ein Fall von Magensaftfluss, geheilt durch hypnot. Suggestion. Ztschr. f. Hypnot. II. 2. p. 51.

Bezançon, Fernand, a) Ictère chronique par retention biliaire; obstruction du canal hépatique au niveau du hile par un épithélioma à cellules cylindriques; dilatation des voies biliaires intra-hépatiques; cirrhose biliaire. — b) Cirrhose hypertrophique alcoolique du foie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 23. p. 596. 601. Nov.

Bezançon, Fernand, et Touchard, Kystes multiples du foie, d'origine biliaire, avec épanchement sanguin dans l'intérieur de leur cavité. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 22. p. 562. Oct.—Nov.

Blumenau, M., Zur Frage über d. Leberabscesse. Wratsch 28. 29. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Boas, I.. Ueber d. Vorkommen u. d. diagnost. Bedeutung d. Milchsäure im Magensafte. Münchn. med. Wchnschr. XL. 43.

Boennecken, Ueber Stomatitis u. deren Behandlung. Deutsche med. Wchnschr. XX. 2. p. 40. 1894.

Bouveret, L., Traité des maladies de l'estomac. Paris. J. B. Baillière et fils. 8. XVI et 743 pp. 13 Mk. 50 Pf.

Brigidi, V., Ulcere perforanti nell'ultima porzione dell'ileo. Gazz. degli Ospit. XIV. 136.

Broadbent, William H., On dilatation of the stomach. Brit. med. Journ. Dec. 2. 9.

Brown, Everett J., Persistent singultus and lavage of the stomach. New York med. Record XLIV. 17. p. 543. Oct.

Brown, W. Symington, Rectal hemorrhages in women. Amer. Pract. and News XVI. 9. p. 336. Nov.

Buchanan, R. M., Colloid cancer of the stomach with extensive infiltration of the mucous membrane of stomach and duodenum by the new growth. Glasgow med. Journ. XL. 5. p. 386. Nov.

Caspersohn, Zur Casuistik der Wurmfortsatzerkrankungen. Münchn. med. Wchnschr. XL. 43.

Chappet, V., Cancer villeux du cardia propagé au diaphragme et à la base du poumon gauche. Lyon méd. LXXV. p. 8. Janv. 1894.

Clarke, J. Cleland, and F. A. Southam, A case of intestinal obstruction preceded by the passage of air and faeces in the urine for 14 years. Lancet II. 21; Nov.

Collier, Mayo, Stricture of the oesophagus and cancer of the liver. Lancet II. 19. p. 1156. Nov.

Cordua, E., Ein Fall von krebsig-tuberkulösem Geschwür des Oesophagus. Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen p. 147.

Destrée, Traitement des calculs biliaires. Journ. de Brux. LI. 42. p. 673. Oct.

Discussion on the treatment of intestinal obstruction. Brit. med. Journ. Dec. 23.

Durante, J., Un cas d'ictère grave apyrétique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 24. p. 634. Nov.—Déc.

Dutton, Th., Indigestion, gout, corpulency and constipation, clearly explained, treated and dicted. 3. ed. London. Kington. 8. 220 pp.

Fayrer, Joseph, Tropical diarrhoea. Med. News LXIII. 22. p. 592. Nov.

Fischer, J., Zur Kenntniss der Darmaffektionen bei Nephritis u. Urämie. Virchow's Arch. CXXXIV. 3. p. 380.

Fischl, Ueber gastrointestinale Sepsis. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 51.

Forel, A., Die Heilung d. Stuhlverstopfung durch Suggestion. Ztschr. f. Hypnot. II. 2. p. 55.

Fowler, George Reyerson, 3 cases of left-sided appendicitis. Med. News LXIII. 22. p. 604. Nov.

Fraenkel, A., Ueber d. Traktionsdivertikel d. Oesophagus. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 52.

Friedenwald, Julius, Atony of the stomach. Med. News LXIII. 26. p. 707. Dec.

Friedlieb, Karl, Ein einfacher Saugapparat für Magenausspülungen. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 51.

Genersich, Anton v., Die Ausspülung d. Verdauungskanals (Diaklysmos). Med. Post II. 2. 1894.

Genersich, Gustav, Ueber angeb. Dilatation u. Hypertrophie des Dickdarms. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 91.

Gertner, W., Experiment. Beiträge zur Physiologie u. Pathologie d. Gallenblase. Inaug.-Diss. Jurjew (Dorpat). Karow. Gr. 8. 56 S. 1 Mk. 20 Pf.

Gillespie, Alex. Lockhart, Some practical results from the chemical examination of the contents of the healthy stomach. Edinb. med. Journ. XXXIX. 5. p. 414. Nov.

Godart, Observations de quelques cas d'hépatoptose. Journ. de Brux. LII. 1. p. 1. Janv. 1894.

Gordon, S. C., Salines in appendicitis. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 23. p. 557. Dec.

Günther, Friedr., Ueber die bei d. Diagnose d. akuten Peritonitis auftretenden Schwierigkeiten. Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 31 S. 60 Pf.

Halk, A. E. R., Om Galdesten og Betändelser af Galdevejene. Bibl. f. Läger 7.

Hanot, V., Du cancer du foie pseudo-fluctuant. Semaine méd. XIII. 64.

Heilmann, Paul, Beiträge zur Lehre von der Perityphlitis. Inaug.-Diss. Marburg. C. Kraatz. Gr. 8. 80 S. 1 Mk.

Hildebrand, Eine wenig beachtete Ursache von Gastritis chronica u. Anämie (Pseudochlorose). Therap. Monatsh. VII. 11. p. 554.

Homén, E. A., och O. Schauman, Ett fall af gastroptos. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 11. S. 803.

Honigmann, G., Neuere Arbeiten über d. Physiologie u. Pathologie d. Magens u. d. Darms. Schmidt's Jahrbb. CCXLI. p. 30. 156.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Huber, Armin, Zur Lehre vom Oesophagusdivertikel. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 1 u. 2. p. 103.

Hulke, J. W., 3 somewhat uncommon cases of salivary calculi. Lancet I. 1; Jan. 1894.

Huwald, Karl, Beitrag zur Lehre von d. pept. Geschwüren im Oesophagus. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 56 S. 1 Mk. 20 Pf.

Jacob, L., Contribution à l'étude de l'appendicite. Thèse. Paris. Steinheil. 4.

Jayle, Lithiase biliaire; périhépatite suppurée; fistule hépatico-bronchique consécutive; rejet de calculs biliaires par les bronches; mort avec accidents urémiques. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 20. p. 535. Juillet—Oct.

Kanel, E., Ein Fall von Magendilatation mit Aufstossen von brennbaren Gasen. Med. 35. 36. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Klewzow, J., Ein Fall von Wanderleber. Russk. Med. 25. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Koch, Robert, Ueber d. Carcinoma ventriculi ex ulcere rotundo. Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 43.

Koch, W., Ein seltener Fall von Echinococcus [der Leber]. Wratsch 41. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Köhler, B., Ueber d. Veränderungen d. Leber in Folge des Verschlusses von Pfortaderästen. Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen p. 121.

Köster, H., Ett fall af cholelithiasis med cholecystitis och cholangitis suppurativa jämte kronisk indurativ pankreatit (cancer incipiens). Göteborgs läkaresällsk. förh. S. 12. — Nord. med. ark. N. F. III. 5. Nr. 28. S. 5.

Krafft, Charles, 3 cas d'appendicite. Revue méd. de la Suisse rom. XIII. 12. p. 764. Dec.

Legry, T., Historique resumé de la doctrine des cirrhoses du foie. Arch. gén. p. 80. Janv. 1894.

Lesage, A., et J. Dauriac, Los grands lavages de l'intestin grèle. Gaz. des Hôp. 119.

Leube, W. v., Zur Genese d. Wanderleber. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 7.

Liebman, Gustav, A case of dysphagia with dilatation of the oesophagus. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 23. p. 559. Dec.

Lindh, A., Tvenne ileusfall. Göteborgs läkaresällsk. förh. S. 51. — Nord. med. ark. N. F. III. 5. Nr. 28. S. 13.

Loche, Ch., Essai sur le traitement des affections de l'estomac et du duodenum. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 86 pp.

Mayer, Emil, Congenital stricture of the oesophagus. Amer. Journ. of med. sc. CVI. p. 567. Nov.

Meunier, Henri, Ulcère circulaire du duodénum; section complète de l'intestin; péritonite enkystée, puis généralisée. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 19. p. 487. Juillet.

Meunier, Henri, Cancer primitif de la vésicule biliaire; lithiase biliaire; absence d'ictère. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 22. p. 585. Oct.—Nov.

Naegeli, Ein eigenartiges Sprech- u. Schluckhinderniss [Fixirung d. Zunge in d. Stumpfe eines defekten untern Schneidezahns]. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 2. 1894.

Nairn, Robert, Intestinal obstruction from gallstone. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 211.

Oxley, Wm., Stricture of the oesophagus and cancer of the liver. Lancet II. 22. p. 1353. Nov.

Pepper, William, Spasmodic and organic stricture of the oesophagus. Med. News LXIII. 22. p. 589. Nov.

Pilliet, A. H., Sur l'évolution adénomateuse dans les gastrites chroniques. Bull. de la Soc. anatom. 5. S. VII. 21. p. 558. Oct.

Quenu, Appendicite à répétition. Mercredi méd. 50.

Quincke, H., u. E. Roos, Ueber Amöben-Enteritis. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 45.

Ransom, W. H., A case of actinomycosis of the vermiform appendix, causing perityphlitis. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 63. 1892.

Reclus, Paul, Traitement de l'appendicite aiguë. Gaz. des Hôp. 122.

Remmer, Wilh., Akute diffuse Peritonitis bei einem alten Ulcus ventriculi nach Verabreichung eines Bandwurmmittels; Exitus in ungefähr 10 Stunden. Centr.-Bl. f. klin. Med. XIV. 42.

Richardson, M. H, The use of salines in appendicitis. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 13. p. 335. Sept.

Rolfe, Charles, Simple enteritis and English cholera. Lancet II. 18. p. 1058. Oct.

Rose, Ein Fall von Glossitis mit tödtl. Ausgange. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 48. p. 1176.

Rosenheim, Th., Pathologie u. Therapie d. Krankheiten d. Verdauungsapparats mit besond. Berücksicht. d. Diätetik. 2. Theil: Pathologie u. Therapie d. Krankheiten d. Darms. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Lex.-8. VIII u. 631 S. mit Abbild. 14 Mk.

Sallès, Du cancer du péritoine. Lyon méd. LXXIV. p. 615. Déc.

Schmaltz, R, Ueber Rumination. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 161.

Schreiber, Julius, Die Dilatationssonde, ihre Zusammensetzung u. Anwendung in diagnost. u. therapeut. Beziehung. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 85. Innere Med. 28.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 22 S. 75 Pf.

Sée, G., Des méprises entre les maladies de l'estomac et celles de l'intestin. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 51. p. 780. Déc. 26.

Senator, H., Akute Leberatrophie mit Ausgang in Heilung. Charité-Ann. XVIII. p. 328.

Senator, H., Ueber atroph. u. hypertroph. Lebercirrhosen. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 51.

Sestini, Leone, Contributo clinico al rapporto fra una forma di cirrosi epatica e peritonite tubercolare. Gazz. degli Ospit. XIV. 151.

Shrady, George F., Some points in the diagnosis of appendicitis. New York med. Record XLV. 1. p. 1. Jan. 1894.

Sievers, R., Ett fall af splanchnoptos. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 12. S. 873.

Sivers, Ascites adiposis in följd af kancer i peritonaeum. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 11. S. 843.

Sordoillot, L., Péritonite sans perforation et bactérium coli commune. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 40 pp.

Stepp, Zur Behandl. des chron. Magengeschwürs. Therap. Monatsh. VII. 11. p. 540.

Steudel, Ein Fall von Leberabscess in Deutsch-Ostafrika. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXII. 11. p. 489.

Stewart, D. D., The measured effects of certain therapeutic agents, among which especially are lavage, HCl, and entrogastric electricity, upon the secretory and motor functions of the stomach in cases of chronic catarrh (glandular gastritis). Therap. Gaz. 3. S. IX. 11. p. 744. Nov.

Strahan, S. A. K., Rare malformation of the large intestine resulting in fatal strangulation. Lancet II. 21; Nov.

Tavel, E., u. Otto Lanz, Ueber d. Aetiologie d. Peritonitis. Ein Beitrag zur Lehre von d. Continuitäts-Infektionen u. d. Contiguitäts-Entzündung. [Mittheil. aus Kliniken u. med. Instituten d. Schweiz 1. R. I. 1.] Basel. C. Sallmann. Gr. 8. XII u. 179 S. mit 8 Lichtdrucktafeln u. 8 Bl. Erklär. 6 Mk.

Thérèse, L., Pathogénie et traitement de l'ulcère de l'estomac. Gaz. des Hôp. 6. 1894.

Thin, George, On the symptoms and pathology of psilosis (linguae et intestini). Med.-chir. Transact. LXXV. p. 285. 1892.

Thomas, Homer, M., Pharyngo-mycosis. New York med. Record XLV. 1. p. 12. Jan. 1894.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Thompson, H., 3 cases illustrating the difficulties experienced in making an accurate diagnosis in acute abdominal disease. Lancet II. 17. p. 1002. Oct.

Tollet, G. A., Magsjukdomarnas diagnostik. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 11. S. 777.

Tzipkin, S., Zur Frage über d. verschied. Formen d. Lebercirrhose. Boln. gas. Botk. 36—39. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Vierhuff, J., Zur Casuistik d. Darminvagination. Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 41.

Vierordt, Oswald, Weitere Beiträge zur Kenntniss d. chron., insbes. tuberkulösen Peritonitis. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 1 u. 2. p. 144.

Vincent, A., Abcès du foie; ouverture spontanée dans l'estomac; péritonite; guérison. Ann. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 1. p. 32. Janv. 1894.

Wagner, Clinton, A case of idiopathic glossitis. New York med. Record XLIV. 17. p. 523. Oct.

Walker, J. M., A case of ascites; recovery. Lancet II. 20. p. 1185. Nov.

Weissenberg, S., Ein Fall von Wanderleber. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 48.

Welch, Diffuse infiltration of the stomach. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. IV. 34. p. 98. Oct.

Westphalen, H., Ein primäres Sarkom d. Magens. Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 45.

Westphalen, H., Ueber d. Hyperaciditäts- u. Hypersekretionszustände d. Magens. Petersb. med. Wochenschr. N. F. X. 52.

Whipham, Thomas, On a case of ulceration of the stomach complicated by pleuro-pneumonia. Lancet II. 27; Dec.

Wilson, Claude, and Douglas Stanley, Sequel to some cases showing hereditary enlargement of the spleen. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 163.

Worcester, A., Appendicitis. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 21. 22. p. 506. 535. Nov.

Wunderli, H., Eine Nadel verschluckt. Schweiz. Corr.-Bl. XXIII. 23.

Wyss, Oscar, Zur Casuistik d. primären Darmtuberkulose im Kindesalter. Schweiz. Corr.-Bl. XXIII. 22.

Zampetti, Alfonso, Sopra 2 casi di peritonite purulenta seccata. Gazz. Lomb. 51.

S. a. I. Barréra, Gillespie, Kelling, Schiele, Thomsen. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Babes, Bettmannn, Cavazzani, Demelle, Gärtner, Hanot, Lane, Pollaci, Quensel, Ransom, Romanow, Tavel. IV. 1. Solis; 2. Arnaud, Babes, Berthoud, Hawkins, Laveran, Olivier, Pal, Schwarz; 3. Tait; 4. Hanot; 7. Wretlind; 8. Ascoli, Eskeridge, Farquharson, Fournier, Heim, Laffitte; 9. Bouchacourt, Fleiner, Hoppe; 11. Bittner, Johnson, Senator. V. 2. a. Eve; 2. c. *Chirurgie der Verdauungsorgane.* VI. Barker, Frank, Gouget. VII. Dercum, Giles. VIII. Chmellicek, Hartmann, Hutinel, Koplik, Liwow, Quisling, Schmidt. XIII. 2. Capparoni, Corselli, Foderà, Gay, Gilbert, Masters, Ritchie. XVIII. Ellinger, Rátz.

6) *Krankheiten des Harnapparates und der männlichen Genitalien, ausschliesslich der Syphilis.*

Ayrer, Ueber den völligen Schwund des Nierengewebes in Hydronephrosesäcken. Deutsche med. Wochenschr. XIX. 45. 46.

Berg, John, Tuberkulos i njure. Hygiea LV. 11. Förh. S. 158.

Chamney, Sophia, Ueber d. Anatomie u. Aetiologie d. Wanderniere. Diss. London. Bern. H. Koerber. Gr. 8. 27 S. 60 Pf.

Charrin, La pathologie du rein. Semaine méd. XIII. 69.

Dickinson, W. Howship, On renal dropsy, with especial reference to the circulation, together with some considerations relating to pulmonary apoplexy in renal diseases. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 317. 1892.

Gilford, Hastings, Some cases of movable kidney. Lancet II. 26; Dec.

Heitzmann, C., Bemerkungen über d. Pathologie u. Diagnostik der Nierenkrankheiten. New York. med. Mon.-Schr. V. 11. p. 413.

Karewski, Ueber Nierenechinococcus. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 44.

Keller, Ueber Eiweissabsonderung während u. nach einer Soolbadekur in einem Fall von Nephritis interstitialis. Württemb. Corr.-Bl. LXIII. 33.

Lange, F., Ueber d. Grenzen d. chirurg. u. med. Behandl. b. Nierenkrankheiten. New Yorker med. Mon.-Schr. V. 12. p. 457.

Levison, F., Etiology and treatment of uric-acid gravel. Univers. med. Journ. VII. p. 319. Nov.

Meyer, Willy, Ueber d. Grenzen d. med. u. chirurg. Behandl. b. Nierenkrankheiten. New Yorker med. Mon.-Schr. V. 12. p. 468.

Norman, Conolly, Hydronephrosis. Dubl. Journ. XCVI. p. 380. Nov.

Penzoldt, Ueber Ursachen u. frühzeitige Erkennung chron. Nierenentzündungen. Münchn. med. Wochenschr. XL. 42.

Pilliet, A. H., Note sur une cirrhose de la capsule surrénale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 19. p. 508. Juillet.

Posner, C., Diagnostik d. Harnkrankheiten. 10 Vorlesungen zur Einführung in d. Pathologie d. Harnwege. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. XII u. 160 S. mit 42 Abbild. u. einem symptomat. Anhange. 4 Mk.

Rietema, F. A., Ueber Impotenz. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 44.

Salomonsen, L. W., Hvorledes bör et Livsforsikringsselskab stille sig lige over for en forsikringssögende, som frembyder Spor af Albumen eller Sukker i sin Urin, eller som har haft en enkelt Anfald af Nyrekolik? Ugeskr. f. Läger 4. R. XXVIII. 22. 23.

Schuster, Paul, Eine eigenthüml. Form von Amyloidentartung d. Niere. Virchow's Arch. CXXXIV. 2. p. 356.

Slee, Richard, A renal calculus. Med. News LXIII. 24. p. 663. Dec.

Stewart, D. D., On the occurrence of a form of chronic Bright's disease, other than typical fibroid kidney, without albuminuria. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. 6. p. 654. Dec.

Tuffier, Des pseudo-coliques néphrétiques. Semaine méd. XIII. 61.

Weber, Leonard, Ueber d. Grenzen d. med. Behandl. d. Nierenkrankheiten. New Yorker med. Mon.-Schr. V. 11. p. 418.

S. a. I. *Harnuntersuchung.* II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Bernhard, Davison, Heyse, Novarro, Ransom, Schmidt, Tuffier. IV. 2. Baginski, Bayliss, Rumpf, Zampetti; 5. Fischer; 8. Freud, Mathieu; 9. Auvray, Bouchacourt, Conti, Hawkins, Kraus, Neumann. Robin, Rosenblatt, Thompson, Vanderpoel, Vanni; 11. Jaccoud. V. 2. c. Benham; 2. d. *Chirurgie d. Harn- u. Geschlechtsorgane.* VI. Gouget. VII. Frees. IX. Bondurant, Laillier. XIII. 2. Aussilloux, Cohnstein, Heinz, Pawinski, Weber; 3. Kossorotow.

7) *Krankheiten der Bewegungsorgane.*

Barbier, H., Sur la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu franc. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 42.

Cohn, Michael, Zur Pathologie der Rhachitis. Jahrb. f. Kinderhkde. XXVII. 2. p. 176. 1894.

Delorme, Remarques sur les ruptures musculaires du moyen adducteur. Gaz. des Hôp. 146.

Garrod, Archibald E., The changes in the blood

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

in the course of rheumatic attacks. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 189. 1892.

Godfrey, A. E., Acute rheumatism; hyperpyrexia; death. Brit. med. Journ. Nov. 4. p. 993.

Keferstein, Georg, Beiträge zur Casuistik d. ischäm. Muskellähmungen u. Contrakturen. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 56 S. 1 Mk. 20 Pf.

Kissel, A., Ein Fall von Myositis ossificans progressiva multiplex bei einem Kinde von 1 J. 7 Mon. Wratsch 32. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Kissel, A., Zur Casuistik d. Rheumatismus nodosus infantum. Wratsch 26. 27. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 8.

Krawtschenko, J., Echinococcus der Nackenmuskulatur. Wratsch 34. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Kumberg, N., 2 Fälle von Rheumatismus nodosus. Wratsch 33. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Leube, W. O., Beiträge zur Pathologie d. Muskelrheumatismus. Deutsche med. Wchnschr. XX. 1. 1894.

Moore, John W., Large coagulum adherent to the mitral valve in a case of acute rheumatism fatal through hyperpyrexia. Dubl. Journ. XCVI. p. 507. Dec.

Owen, J. Lewis, A case of rupture of both quadriceps extensor tendons. Brit. med. Journ. Dec. 30. p. 1425.

Schüller, Max, Zur Therapie d. chron. rheumat. Gelenksentzündungen. Bl. f. Hydrother. IV. 1. 1894.

Strauscheid, F., Männl. Osteomalacie. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 48.

Walters, F. R., Rheumatic inflammation of sheaths of tendons and of finger-joints. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 241.

Weissmayr, Alexander von, Ein Fall von männl. Osteomalacie combinirt mit Tabes dorsalis. Wien. klin. Wchnschr. VI. 51.

Wretlind, E. W., Kronisk inflammation i musc. psoas såsom orsak till magplågar. Eira XVII. 20.

Young, E. H., Absence of sternal origin of the pectoralis major. Lancet I. 1. p. 19. Jan. 1894.

S. a. I. Boruttau. II. Berkley, Brandis, Eschen, Gerlach, Goldscheider, Gruenhagen, Hamburger, Kohnstamm, Metzner, Schenk, Uexkuell, Verwej, Wille. III. Gotschlich, Kahlden, Kornilow, Pantanetti. IV. 4. Potain; 8. Colleville, Cottell, Edgren, Feinberg, Hawthorne, Higier, Idzinski, Kraus, Rampoldi, Ranieri, Verhoogen; 9. Clopatt, Dunn, Grant; 11. Tichow. V. 2. a. Francis; 2. c. Bonsdorff, Orrillard, Pilliet. VIII. Franqué, Schönberg. XI. Hecht. XIII. 2. Bourget, Hood, Martin, Rüdel. XIV. 3. Rockwell.

8) *Krankheiten des Nervensystems.*

Adamkiewicz, A., Ueber die Stauungspapille. Neurol. Centr.-Bl. XII. 23.

Albu, Albert, Zur Aetiologie d. Paralysis ascendens acuta, nebst Bemerkungen zur Theorie d. infektiösen Erkrankungen d. Centralnervensystems. Ztschr. f. klin. Med. XXIII. 5 u. 6. p. 385.

Althaus, Julius, On cerebrine α and myeline α in the treatment of certain neuroses. Lancet II. 23; Dec.

Anton, G., Ueber d. Betheiligung der basalen Gehirnganglien bei Bewegungsstörungen u. insbes. bei der Chorea. Wien. klin. Wchnschr. VI. 48.

Arning, Ed., u. M. Nonne, Weiterer Beitrag zur Klinik u. Anatomie d. Neuritis leprosa. Virchow's Arch. CXXXIV. 2. p. 319.

Arnold, Julius, Weitere Beiträge zur Akromegaliefrage. Virchow's Arch. CXXXV. 1. p. 1. 1894.

Ascoli, V., Sull'emiatrofia della lingua. Policlinico I. 1. p. 14. Dec.

Audeoud, Note sur un cas de tumeur du lobule paracentral. Revue méd. de la Suisse rom. XIII. 12. p. 753. Déc.

Bard, L., D'un caractère objectif différentiel du nystagmus congénital et du nystagmus de la sclérose en plaques. Lyon méd. LXXIV. p. 442. Nov.

Barlow, Casuistisches zur traumatischen Neurose. [Annalen d. städt. Krankenhäuser in München.] München. J. F. Lehmann's Verl. Lex.-8. 21 S. mit Figg. 1 Mk.

Bechterew, W. von, Ueber Tetanie. Neurol. Centr.-Bl. XII. 21. p. 755.

Beckhaus, Emil, Ueber d. Einfl. intercurrenter Krankheiten u. physiolog. Processe auf die Epilepsie. Inaug.-Diss. München. J. F. Lehmann's Verl. Gr. 8. 34 S. 1 Mk.

Bernhardt, M., Ein Fall von einseit. (wahrscheinl. angeb.) infantilem Gesichtsmuskelschwund. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 1. 1894.

Bernhardt, M., Mittheilung eines Falles von isolirter peripher. Lähmung d. N. subscapularis dexter. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 2. 1894.

Bézy, Quelques formes de la méningite chez l'enfant. Revue des Mal. de l'Enf. XI. p. 575. Déc.

Biernacki, E., Beiträge zur Lehre von central entstehenden Schmerzen u. Hyperästhesie. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 52.

Black, D. Campbell, The treatment of epilepsy. Brit. med. Journ. Jan. 6. p. 13. 1894.

Blocq, Paul, L'état mental dans l'hystérie. Gaz. des Hôp. 135.

Blocq, Paul, De l'acromégalie. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 2. 1894.

Blum, A., De l'hystéro-neurasthénie traumatique. Arch. gén. p. 601. Nov.

Boennecken, H., Ein Beitrag zur Aetiologie der Trigeminusneuralgie. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 44.

de Bourgon, De l'emploi des injections d'extrait organique de *M. M. Brown-Séquard* et *d'Arsonval* dans le traitement de différentes formes d'atrophie du nerf optique. Ann. d'Oculist. CX. 5. p. 349. Nov.

Bourneville et Paul Cornet, 30 cas d'épilepsie traités par les injections sous-cutanées de liquide testiculaire. Progrès méd. XXI. 49. 50.

Bourneville et P. Sollier, Idiotie et épilepsie symptomatiques d'une anomalie cérébrale. Progrès méd. XXI. 44.

Boyce, Rubert, The seat of origin and paths of conduction of the fits in absinthe epilepsy. Brit. med. Journ. Nov. 18.

Bramwell, Byrom, The clinical features of myxoedema. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 121.

Braun, H., Ueber Drucklähmungen im Gebiete d. Plexus brachialis. Deutsche med. Wchnschr. XX. 3. 1894.

Brown, Herbert H., Hemianaesthesia and ataxy from lesion in the pons Varolii. Lancet II. 24; Dec.

Bruhl, I., De la sciatique. Gaz. des Hôp. 126.

Bruns, Ludwig, Ueber einen Fall totaler traumat. Zerstörung d. Rückenmarks an d. Grenze zwischen Hals- u. Dorsalmark. Ein Beitrag zur Frage vom Verhalten d. Lähmung u. d. Reflexe, spec. d. Patellarreflexe, b. hochsitzenden totalen Querschnittsläsionen d. Rückenmarks. Arch. f. Psych. XXV. 3. p. 759.

Bruns, L., Ein neuer Fall von Alexie mit rechtseit. homonymer Hemianopsie (subcorticale Alexie, *Wernicke*) mit Sektionsbericht. Zugleich Bericht über d. weiteren Verlauf u. d. anatom. Untersuchung des unter gleichem Titel in Nr. 17 u. 18 dieses Centr.-Bl. 1888 veröffentl. Falles. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 1. 2. 1894.

Bruns, Zur differentiellen Diagnostik zwischen d. Tumoren d. Kleinhirns u. d. Vierhügel. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 1. p. 47. 1894.

Buzzard, Thomas, On some symptoms and varieties of multiple neuritis. Lancet II. 21; Nov.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Calvert, James, A case of myxoedema treated with the dried thyroids of sheep. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 237.

Caton, Richard, and E. T. Paul, Notes of a case of acromegaly treated by operation. Brit. med. Journ. Dec. 30.

Charcot, Cliniqué du système nerveux. Publ. par *Georges Guinon*. Tome II. Paris. Félix Alcan. 8. 482 pp. 12 Mk.

Cheatham, William, Chronic retro-bulbar neuritis. Med. News LXIII. 27. p. 736. Dec.

Chvostek, Fr., Ein Fall von Tabes mit Bulbärsymptomen. Neurol. Centr.-Bl. XII. 22.

Clozier, Des zones hystérogènes et des zones hystéro-clasiques. Gaz. des Hôp. 141.

Colleville, Sur une variété de myoclonie. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 46.

Cottell, H. A., Clonic spasm of the cervical muscles. Amer. Pract. and News XVI. 13. p. 489. Dec.

Cramer, A., Aetiologie u. patholog. Anatomie d. peripher. Neuritis. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. IV. 22 u. 23.

Darquier, De certaines paralysies récidivantes de la troisième paire (Migraine ophthalmoplégique de *Charcot*). Ann. d'Oculist. CX. 4. p. 257. Oct.

Davies, Arthur T., Cases of myxoedema in a male, treated by dried thyroid extract given by the mouth. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 234. 236.

Dercum, F. X., The treatment of neurasthenia, with special reference to the rest-cure. Therap. Gaz. 3. S. IX. 12. p. 793. Dec.

Diller, Theodore, A case of poliomyelitis in a man aged 45 years. Med. News LXIII. 18. p. 489. Oct.

Diller, Theo., The symptoms of senility in paralysis agitans. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 23. p. 558. Dec.

Dinkler, M., Hinterstrangsklerose u. Degeneration der grauen Vordersäulen des Rückenmarks. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 5 u. 6. p. 423.

Dreschfeld, J., A case of acromegaly. Brit. med. Journ. Jan. 6. 1894.

Dutil, A., Syphilis et neurasthénie. Gaz. de Par. 49.

Edgeworth, F. H., Case of bilateral facial paralysis due to injury by forceps at birth. Brit. med. Journ. Jan. 6. 1894.

Edgren, J. G., Om den progressiva muskelatrofiens s. k. neurala form. Hygiea LV. 11. S. 541.

Engelhardt, August, Ueber Pharynxreflexe b. Normalen u. Hysterischen. Inaug.-Diss. Bonn. Druck von Carl Georgi. 8. 28 S.

Eskeridge, J. T., Bilateral cerebral thrombosis due to syphilitic arteritis, with incontinence of the vesical and anal sphincters. Med. News LXIV. 1. p. 7. Jan. 1894.

Estense, Giovanni Selvatico, Amnesia retroanterograda emotiva. Rif. med. X. 5. 6. 1894.

Eulenburg, Ueber Erythromelalgie. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 50.

Eustace, John, Dur-haematoma associated with Jacksonian epilepsy. Dubl. Journ. XCVI. p. 369. Nov.

Evans, Rufus E., Case of neurasthenia treated by hypodermic injections of nerve extract. Brit. med. Journ. Dec. 16. p. 1321.

Farquharson, W. F., Case of cerebellar haemorrhage with hydatid disease of the liver. Lancet II. 25; Dec.

Feilchenfeld, Fall von geheilter Rückenmarkssyphilis. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 51. p. 1253.

Feinberg, Zur Casuistik d. Paramyoclonus multiplex. Ztschr. f. klin. Med. XXIII. 5 u. 6. p. 431.

Félix, H., Mort rapide par myélite ascendante aiguë d'origine infectieuse. Ann. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 1. p. 37. Janv. 1894.

Féré, Ch., Le sommeil paroxystique. Semaine méd. XIII. 50.

Ferguson, J., 5 cases of sudden death due to ascending neuritis. Med. News LXIV. 1. p. 1. Jan. 1894.

Ferrannini, Andrea, Le vie afferenti dei riflessi superficiali (cutanei e mucosi) sono diverse da quelle dello comuni sensibilità generali. Rif. med. IX. 272. 273. 274.

Fournier, A., Epilepsie parasyphilitique. Revue neurol. I. 22. p. 617. Nov.

Fournier, Les crises gastriques dans le tabes. Gaz. des Hôp. 5. 1894.

Freud, Sigm., Zur Kenntniss d. cerebralen Diplegien des Kindesalters (im Anschluss an die Little'sche Krankheit). [Beitr. z. Kinderhkde., herausgeg. von *Max Kassowitz* N. F. III.] Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. Gr. 8. 168 S. mit 2 Tabellen. 6 Mk.

Freud, Sigm., Ueber ein Symptom, das häufig d. Enuresis nocturna d. Kinder begleitet. Neurol. Centr.-Bl. XII. 21.

Friedeberg, Ein Fall von Rückenmarkscompression durch Echinokokken im Wirbelkanal. Centr.-Bl. f. klin. Med. XIV. 51.

Friedenwald, Harry, Post-diphtheric paralysis of both external recti muscles. Med. News LXIII. 17. p. 461. Oct.

Friedmann, M., Zur Akroparästhesie. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 5 u. 6. p. 450.

Friedrichsen, Friedrich, Ueber Tabes dorsalis b. weibl. Geschlecht. Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Röwer. 8. 55 S.

Fuchs, Fr., Ueber einen Fall von subjektiven Gehörs- u. Gesichtsempfindungen. Selbstbeobachtung. Neurol. Centr.-Bl. XII. 22.

Fussell, M. Howard, Tetany. Univers. med. Mag. VI. 4. p. 229. Jan. 1894.

Gay, William, Diphtherical paralysis. Lancet II. 17; Oct.

Gerhardt, C., Ueber krankhafte Pulsationen bei Schlussunfähigkeit d. Aortenklappen b. Basedow'scher Krankheit. Charité-Ann. XVIII. p. 243.

Gerhardt, C., Syphilis u. Rückenmark. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 50. — Neurol. Centr.-Bl. XIII. 23. p. 834.

Giffen, R. Emmett, Traumatic hemorrhage in the right cerebral hemisphere; recovery. Med. News LXIII. 16. p. 437. Oct.

Gilles de la Tourette, Die Hysterie nach d. Lehren d. Salpêtrière. Mit einem Vorwort von *J. M. Charcot*. Autoris. deutsche Ausgabe von *Karl Grube*. Normale oder interparoxysmale Hysterie. Wien. F. Deuticke. Lex.-8. XIII u. 330 S. mit Abbild. 7 Mk. 50 Pf.

Goldscheider, A., Ueber Poliomyelitis. Ztschr. f. klin. Med. XXIII. 5 u. 6. p. 494.

Gowers, W. R., A manual of diseases of the nervous system. 2. Edit. Vol. II. London. J. and A. Churchill. 8. 1085 pp. with 182 illustr. 20 Sh.

Greenfield, William S., The pathology and morbid anatomy of myxoedema. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 132.

Gruening, E., A case of septic thrombosis of the lateral sinus. Transact. of the Amer. otol. Soc. V. 3. p. 419.

Guizzetti, Pietro, Contributo alla etiologia ed alla anatomia pathologica della corea del Sydenham. Rif. med. IX. 261. 262.

Hadden, W. B., a) A case of rhythmical rocking movements in a child. — b) A case of rhythmical movements of the lower limbs of a child. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 227. 228.

Harrington, A. F., A case of compression of the brain. Med. News LXIII. 26. p. 716. Dec.

Hawthorne, C. O., Case of diphtheritic paralysis without any preceding history of throat affection. Glasgow med. Journ. XL. 5. p. 357. 372. Nov.

Hawthorne, C. O., Progressive muscular atrophy. Glasgow med. Journ. XLI. 1. p. 69. Jan. 1894.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Hecker, Ad., Trophoneurose d. rechten Schulterblatts in Folge eines im Feldzug 1870—71 erlittenen Schusses durch d. rechten Oberarm. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXII. 11. p. 482.

Hecker, Ewald, Ueber Autosuggestionen während d. hypnot. Schlafes. Ztschr. f. Hypnot. II. 1. p. 17.

Hecker, Ewald, Ueber larvirte u. abortive Angstzustände b. Neurasthenie. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. IV. p. 565. Dec.

Heim, Max, Ueber Tetanie bei Gastrektasie u. d. Erhöhung der mechan. Erregbarkeit d. Nerven. Inaug.-Diss. Bonn. Hauptmann'sche Buchdr. 8. 30 S.

Henschen, S. E., On arsenical paralysis. Upsala. Edv. Berling. 4. 19 pp. with plate.

Herhold, Ueber einen Fall von Brown-Séquard'scher Halbseitenverletzung des Rückenmarks. Deutsche med. Wchnschr. XX. 1. 1894.

Heyse, 2 Fälle von Lähmung d. Halssympathicus b. Hemiplegie. Charité-Ann. XVIII. p. 132.

Higier, Heinrich, Ueber primäre u. sekundäre Amyotrophien organ. u. dynam. Natur. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 42—45.

Higier, H., Ueber d. sogen. traumat. Neurosen u. deren Simulation. Wien. med. Presse XXXIV. 43. 44.

Hirsch, Georg, Casuist. Beitrag zur Diagnostik von Gehirn- u. Rückenmarkserkrankungen mit spast. Hemiparese d. Extremitäten. Arch. f. Psych. XXV. 3. p. 845.

Hochhaus, Heinrich, Ueber combinirte Systemerkrankungen d. Rückenmarks. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 5 u. 6. p. 470.

Hoff, Sylvius, Ueber einen Fall von Diplegia facialis. Inaug.-Diss. Bonn. Druck v. Jos. Bach Wwe. 8. 31 S.

Hoffmann, F. A., Ueber einen Fall von myxödematösem Cretinismus. Schmidt's Jahrbb. CCXLI. p. 221. 1894.

Homén, Cerebrallues. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 12. S. 933.

Hopmann, Operatives Myxödem schwerer Art von ungewöhnl. langer Dauer. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 51.

Hoyt, Frank C., A case of cerebral syphilis. Alienist and Neurologist XIII. p. 672. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 22. p. 789.

Jackson, J. Hughlings, Neurological fragments. Lancet I. 1; Jan. 1894.

James, Alexander, On a case of Friedreichs ataxy. Edinb. med. Journ. XXXIX. 6. p. 521. Dec.

Jansen, A., Ueber Hirnsinusthrombose nach Mittelohreiterungen. Arch. f. Ohrenhkde. XXXV. 3 u. 4. p. 261. XXXVI. 1 u. 2. p. 1.

Jarre, Recherches sur la névralgie spasmodique ou tic douloureux de la face. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 48. p. 655. Déc. 5.

Jayle, Anévrysme situé à la naissance de la cérébrale moyenne. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 20. p. 541.

Idziński, Victor, Akute Muskelatrophie der Schulter nach Trauma d. Schädels. Wien. med. Presse XXXIV. 52.

Jeaffreson, C. S., Thyroid resection as a factor in exophthalmic goître. Lancet II. 21. p. 1281. Nov.

Ignatow, A. A., Das Mal perforant du pied. Chir. Westn. Sept. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Ilberg, Ueber Lähmung d. XI. Gehirnnerven bei Tabes dorsalis. Charité-Ann. XVIII. p. 303.

Intlekofer, 1. Jahresber. d. Heil- u. Pflegeanstalt f. epilept. Kinder in Kork (Baden). Bad. ärztl. Mittheil. XLVII. 23.

Joffroy, A., Nature et traitement du goître exophthalmique. Progrès méd. XXI. 51.

Johnson, Raymond, and George R. Murray, A case of limited lesion of certain spinal nerves by secondary carcinoma of the vertebrae and dura mater. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 47. 1892.

Johnston, George F., Clinical remarks on exophthalmic goître, with special reference to its possible etiology. Lancet II. 19; Nov.

Jokinen, T. E., Auringonpistoksesta [Ueber den Sonnenstich]. Duodecim IX. 10. S. 196.

Jurmann, N., Zur Frage über d. Erkrankungen d. Nervensystems b. Soldaten. Wratsch 26. 27. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Katz, Alex., 2 Fälle von amyotroph. Lateralsklerose. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 24 S. 60 Pf.

Kesteven, W. Henry, A spreading variety of nerve dulness. Lancet II. 24; Dec.

Kirchner, A., Ein Fall von einseit. Polyneuritis. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXII. 12. p. 529.

Kisgen, Heinrich, Ueber eine Complikation von Myelitis dorsalis mit intermittirender nervöser Taubheit. Inaug.-Diss. Bonn. Druck von Ernst Heydorn. 8. 25 S.

Knapp, Philip Coombs, Simulation in traumatic nervous diseases. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 13. p. 318. Sept.

Knies, Les troubles visuels centraux unilatéraux et leurs rélations avec l'hystérie. Ann. d'Oculist. CXI. 1. p. 38. Janv. 1894.

Köhl, E., Pacchymeningitis haemorrhagica interna traumatica. Schweiz. Corr.-Bl. XXIII. 23.

Koenig, Wilhelm, Ueber eine seltene Form d. cerebralen Kinderlähmung. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 42.

Köster, H., Ett fall af cerebral psovdo-bulbärparalyse. Göteborgs läkaresällsk. förh. S. 85.

Kohnstamm, O., Ueber Schnittserien-Untersuchungen eines Falles von spinaler Kinderlähmung. Ztschr. f. klin. Med. XXIII. 5 u. 6. p. 556.

Konrád, Eug., Az aphasiás zavarodottságról (über Aphasie mit Verwirrtheit). Gyógyászat 1. 1. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 22. p. 786.

Korányi, Alexander von, Beiträge zur Lehre d. cerebralen Lähmungen. Ungar. Arch. f. Med. II. 1. p. 62.

Korányi, Alex. v., Corticalis epilepsia sajátságos alakja. Adatok az alexia kérdéséhez. (Ein sonderbarer Fall von Rindenepilepsie. Beiträge zur Frage d. Alexie.) Orvosi Hétilap 5. 6. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 22. p. 788.

Kostenitsch, J., Ueber einen Fall von motor. Aphasie, zugleich ein Beitrag zur Frage nach d. anatom. Grundlage d. Pupillenstarre. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 5 u. 6. p. 369.

Kraus, Carl, Ein Fall von Hemiparesis dextra mit Atrophie d. gleichseitigen Schultergürtelmuskulatur. Bl. f. klin. Hydrother. III. 11.

Küchler, Hugo, Ein Fall von Wiedererlangung d. Sprache nach 9 J. alter Aphasie. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 42. 43.

Kuthe, Paul, Beitrag zur Lehre u. zur Behandl. d. Compressionsmyelitis. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 16 S. 40 Pf.

Laache, S., Universelle Kramper beroende paa Alkoholisme (epilepsia alcoholica). Norsk Mag. f. Lägevidensk. S. 1.

Laborde, Simon, Du traitement électrique du tabes. Thèse. Bordeaux. Impr. Vve. Cadoret. 4. 84 pp. 4 Mk. 50 Pf.

Laehr, Max, Klin. Beiträge zur Frage d. Posticuslähmung. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 45.

Laffitte, Ad., Des crises gastriques. Gaz. des Hôp. 3. 1894.

Lamy, H., De la méningo-myélite syphilitique. Nouv. Iconogr. de la Salp. VI. 5. p. 251. Sept.—Oct.

Landowski, Cysticerques du cerveau. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 20. p. 539. Juillet—Oct.

Lange, F., Ein Fall von beiderseit. idiopath. Hypoglossus-Krampf; ein Beitrag zum *Ritter-Rollett*'schen Phänomen. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 4. p. 705.

Lannois, Les diplégies cérébrales de l'enfance. Revue de Méd. XIII. 10. p. 893.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Larsen, Arnold, Et Tilfälde af Myxödem, behandlet med Fodring med Glandula thyreoidea. Hosp.-Tid. 4. R. I. 41.

Le Gendre, Traitement de quelques névroses chez l'enfant. Revue d'Obstétr. VI. p. 332. Nov.—Déc.

Leclerc et P. Chapuis, A propos d'un cas de maladie de Morvan. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 51.

Leichtenstern, Otto, Ein mittels Schilddrüseninjektion u. Fütterung erfolgreich behandelter Fall von Myxoedema operativum. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 49. 50. 51.

Lennmalm, Traumatiska neuroserna. Hygiea LV. 11. Förh. S. 118.

Lépine, Sur la syphilis cérébrale. Lyon méd. LXXIV. p. 550. Déc.

Lewin, G., u. Th. Benda, Ueber Erythromelalgie. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 3. 1894.

Leyden, E., Ueber multiple Neuritis u. akute aufsteigende Paralyse nach Influenza. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 1 u. 2. p. 1.

Leyden, Ueber Polyneuritis mercurialis. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 1. p. 22. 1894.

Leyden, E., Die neuesten Untersuchungen über d. patholog. Anatomie u. Pathologie d. Tabes dorsalis. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 1. 2. p. 42. 44. 82. 1894.

Liébeault, A. A., Nicht immer klingt d. Wahrheit auch wahrscheinlich. Ztschr. f. Hypnot. II. 3. p. 75.

Lishman, F., Case of endothelial tumour of the dura mater. Journ. of ment. Sc. April 1893. — Neurol. Centr.-Bl. XIII. 1. p. 28. 1894.

Lloyd, James Hendric, Pacchymeningitis and myelitis from Pott's disease, and septic neuritis of the cauda equina from a bedsore over the sacrum. Univers. med. Mag. VI. 3. p. 156. Dec.

Lloyd, W. F., A case of catalepsy. Brit. med. Journ. Dec. 2. p. 1213.

Loewenfeld, L., Pathologie u. Therapie d. Neurasthenie u. Hysterie. Wiesbaden 1894. J. F. Bergmann. Gr. 8. XIII u. 477 S. 12 Mk. 65 Pf.

Londe, P., Paralysie bulbaire progressive, infantile et familiale. Revue de Méd. XIII. 12. p. 1020.

Lundie, Robert Alex., The treatment of myxoedema. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 133.

Mackenzie, Stephen, Remarks made at the bedside of a patient suffering from lead-encephalopathy. Brit. med. Journ. Dec. 2.

Manley, Thomas H., Lesions of the spinal cord with and without fracture. New York med. Record XLIV. 18. p. 554. Oct.

Mannheim, P., Der Morbus Gravesii (sogen. Morbus Basedowii). Berlin 1894. Aug. Hirschwald. Gr. 8. VII u. 156 S. mit 2 Tafeln. 4 Mk.

Marie, Pierre, Vorlesungen über d. Krankheiten d. Rückenmarks. Autoris. deutsche Ausg. von *Max Weiss*. Wien. F. Deuticke. Lex.-8. XXVI u. 534 S. mit 244 Abbild. 12 Mk.

Marie, Pierre, De l'origine exogène ou endogène des lésions du cordon postérieur étudiées comparativement dans le tabes et la pellagre. Semaine méd. XIV. 1. 1894.

Masing, E., Ein Fall von isolirtem Sehhügeltumor. Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 42.

Massalongo, R., et E. Silvestri, Sclérose en plaques infantile d'origine grippale. Revue neurol. I. 23. p. 649. Déc.

Massaro, Domenico, Su di un caso di gozzo esoftalmico. Rif. med. IX. 268.

Mathieu, Albert, La polyurie hystérique. Revue de Neurol. I. 19. p. 522. Oct.

Mathieu, Albert, Neurasthénie et arthritisme. Gaz. des Hôp. 125.

Mayer, Karl, Ueber d. combinirten systemat. Erkrankungen d. Rückenmarksstränge b. Erwachsenen. [Beitr. z. klin. Med. u. Chir. 4. Heft.] Wien. W. Braumüller. Gr. 8. 54 S. mit 2 lith. Tafeln. 2 Mk.

Mehrer, Isidor, Ein Fall von Myelitis acuta centralis. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 45.

Meige, H., Le Juif-errant à la Salpêtrière. Nouv. Iconogr. de la Salp. VI. 5. 6. p. 277. 333. Sept.—Déc.

Mello Vianna, J. de, Recherches cliniques sur les paralysies de muscles de l'oeil. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 140 pp.

Mendel, E., Die Epilepsia tarda. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 45.

Mendel, E., Fall von Hemiatrophia faciei. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 51. p. 1253.

Mesnard, L., Leçons sur la neurasthénie. Ann. de la Policlin. de Bord. III. 4. p. 110. Janv. 1894.

Michaelis, M., Zur Geschichte d. Tabes dorsalis. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 49.

Minor, L. S., Zur Pathologie d. beginnenden Tabes. Neurol. Centr.-Bl. XII. 23. p. 837.

Möbius, P. J., Neuere Beobachtungen über die Tabes. Schmidt's Jahrbb. CCXLI. p. 73.

Möbius, P. J., Ueber Morbus Basedowii. Schmidt's Jahrbb. CCXLI. p. 134.

Moos, S., Geschichte eines Gehirntumors. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXV. 1 u. 2. p. 1.

Muchin, N., Zur Lehre von d. syphilit. Spinalparalyse. Med. Obosr. 36. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Muratoff, Wladimir, Sekundäre Degenerationen nach Durchschneidung d. Balkens. Neurol. Centr.-Bl. XII. 21.

Muratow, W. A., Experimentelle absteigende Degeneration b. Cortikalherden. Neurol. Centr.-Bl. XII. 21. p. 759.

Murray, J. K., A case of herpes zoster. Brit. med. Journ. Nov. 4. p. 993.

Murray, George R., Thyroid secretion as a factor in exophthalmic goître. Lancet II. 20; Nov.

Mya, Sulla presenza dei cristalli di Charcot nel pus di un ascesso cerebrale. Sperimentale XLVII. 18.

Naegeli, Otto, Therapie d. Neuralgien u. Neurosen durch Handgriffe. Basel. C. Sallmann. Gr. 8. VII u. 114 S. mit 18 Holzschn. 4 Mk.

Nammack, Charles E., Cerebellar syphiloma. New York med. Record XLIV. 19. p. 585. Nov.

Nammack, Charles E., Cerebral hemorrhage associated with narrowing of the aorta. New York med. Record XLIV. 23. p. 716. Dec.

Neale, Richard, and James Bays, Some cases of neuralgia and migraine treated by the use of the percuteur. Lancet II. 19; Nov.

Nielsen, Ludv., Behandling af Myxödem med. Pil. glandulae thyreoideae siccatae. Hosp.-Tid. 4. R. I. 49.

Noorden, Carl v., Ueber hypertroph. Vagusneurosen. Charité-Ann. XVIII. p. 249.

Ochsenhorn, Ein Fall schnell vorübergehender Aphasie u. totaler Hemiplegie. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 2. 1894.

Owen, David, Thyroid feeding in exophthalmic goitre. Brit. med. Journ. Dec. 2.

Pascheles, W., Tremor saltatorius postepilepticus. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 49.

Pasteur, W., A case of myxoedema, treated with raw thyroid glands and fresh thyroid extract, in which severe constitutional symptoms developed under treatment. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 230.

Patrik, Hugh T., Ueber aufsteigende Degeneration nach totaler Quetschung d. Rückenmarks. Arch. f. Psych. XXV. 3. p. 831.

Paul, Constantin, Du traitement de la neurasthénie par la transfusion nerveuse. Bull. de Thér. LXII. 39. p. 167. Oct. 23.

Pitt, G. Newton, Case of pseudo-bulbar paralysis, probably due to a lesion in each cerebral hemisphere. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 204.

Pease, Charles G., Odontalgia, emergency treatment. New York med. Record XLIV. 12. p. 684. Nov.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Plauth, Adolf, Fall von Neuritis multiplex alcoholica. Diss. München. J. F. Lehmann. Gr. 8. 23 S. 1 Mk.

Poëls, E., L'exploration des différents modes de la sensibilité. Journ. de Brux. LI. 46. p. 737. Nov.

Preobrashenski, P. A., Zur Pathologie d. Gehirns. Neurol. Centr.-Bl. XII. 21. p. 759.

Przeborski, L., Ueber einen Fall von primärem hyster. Krampf d. Glottiserweiterer (Spasmus hystericus praecipue exspiratorius „dilatorium" rimae glottidis). Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXVII. 11.

Putnam, James J., and Edward Wyllys Taylor, Is acute poliomyelitis unusually prevalent this season? Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 21. p. 509. Nov.

Rampoldi, Vittorino, Di una forma frusta e atipica di pseudoipertrofia muscolare progressiva. Gazz. Lomb. 1. 1894.

Ranieri, Di un raro caso di pseudoipertrofia muscolare in un adulto con contributo alla sua patogenesi. Rif. med. IX. 275. 276.

Rauzier, G., De la neurasthénie. Semaine méd. XIII. 65.

Raven, Thos. F., Myxoedema treated by thyroid tabloids. Brit. med. Journ. Jan. 6. p. 12. 1894.

Raymond, Contribution à l'étude des tumeurs du cerveau: un cas de gliome neuro-formatif. Arch. de Neurol. XXVI. p. 273.

Raymond, F., Affections spasmo-paralytiques infantiles. Progrès méd. XXII. 2. 1894.

Remak, E., Hemipleg. Luxation d. Schultergelenks bei cerebraler Kinderlähmung. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 52.

Reymond, Tumeur du corps pituitaire. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 20. p. 539. Juillet—Oct.

Ribalkin, J., 2 Fälle von Dysbasie [funktionelle Gehstörung]. Boln. gas. Botk. 43. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Riehl, Gustav, Gangraena cutis hysterica. Wien. klin. Wchnschr. VI. 46.

Robertson, Alex., The sequel of a published case of hystero-epilepsy. Lancet II. 18; Oct. — Glasgow med. Journ. XL. 5. p. 375. Nov.

Robertson, Alex., Observations on the action of the brain of the sheep in diseases of the central nervous system and mind. Glasgow med. Journ. XL. 5. p. 376. Nov. — Brit. med. Journ. Dec. 16.

Robertson, J. M'Gregor, Acromegaly. Glasgow med. Journ. XLI. 1. p. 69. Jan. 1894.

Roger, Du tremblement hystérique. Semaine méd. XIII. 66.

Rosin, Heinrich, Epilepsie im Gefolge von Herzkrankheiten. Wien. med. Presse XXXIV. 43. — Deutsche med. Wchnschr. XIX. 46. p. 1177.

Rosner, Ein geheilter Fall von Epilepsie. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 48. 49. 50.

Rossolimo, Contribution à la pathogénie de l'amyotaxie (mouvements involontaires dans différentes maladies organiques du système nerveux). Revue de Neurol. I. 21. p. 586. Nov. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 23. p. 839.

Rouffilange, Alexandre Henry, Contribution à l'étude du tabes et de l'hystérie. Thèse. Paris. G. Steinheil. 4. 48 pp. 1 Mk. 50 Pf.

Routh, R. H. F., Locomotor ataxy treated by Brown-Séquards fluid. Brit. med. Journ. Dec. 30. p. 1425.

Royet et Collet, Sur une lésion systématisée du cervelet et de ses dépendances bulbo-protubérantielles. Arch. de Neurol. XXVI. p. 353. Nov.

Sachs, W., Ein Beitrag zur Frage d. Ischias scoliotica. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 4. p. 684.

Saveliew, Nicolas, Gehirnarterienembolie. Virchow's Arch. CXXXV. 1. p. 112. 1894.

Scarano, L., Contributo alla questione della sordità verbale. Manicomio VIII. 2. 3. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 22. p. 787.

Schaffer, Karl, Netzhautreflexe während der Hypnose. Untersuchungen über d. Einwirkung d. Suggestion auf d. hypnot. Reflexcontrakturen. Neurol. Centr.-Bl. XII. 23. 24.

Schaffer, Ch., De la morphologie des contractures réflexes intra-hypnotiques. Nouv. Iconogr. de la Salp. VI. 6. p. 305. Nov.—Déc.

Schlesinger, Hermann, Zur Klinik d. Syringomyelie. (Vorläuf. Mittheilung.) Neurol. Centr.-Bl. XII. 20.

Schotten, Ernst, Ueber Myxödem u. seine Behandlung mit innerl. Darreichung von Schilddrüsensubstanz. Münchn. med. Wchnschr. XL. 51.

v. Schrenck-Notzing, Ein Beitrag zur psych. u. suggestiven Behandlung d. Neurasthenie. Ztschr. f. Hypnot. II. 1. 2. 3. p. 1. 37. 94.

Schultze, Sklerodermie b. Myelitis dorsalis. Deutsche med. Wchnschr. XX. 3. p. 68. 1894.

Seeligmüller, Neuere Arbeiten über Epilepsie. Deutsche med. Wchnschr. XX. 1. 2. 3. 1894.

Seifert, O., Die Behandl. d. hyster. Aphonie. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 44.

Sinkler, Wharton, Pathology and treatment of paralysis from Pott's disease. Med. News LXIII. 21. p. 561. Nov.

Simon, Jules, Fausse paraplégie et troubles musculaires d'origine hystérique chez les jeunes garçons. Progrès méd. XXII. 1. 1894.

Sollier, Paul, Sur une forme circulaire de la neurasthénie. Revue de Méd. XIII. 12. p. 1009.

Sommer, Die Dyslexie als funktionelle Störung. Arch. f. Psych. XXV. 3. p. 663.

Sommer, Die Beziehung von morpholog. Abnormitäten zu d. endogenen Nerven- u. Geisteskrankheiten. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. IV. p. 561. Dec.

Souchay, Theodor, Ein Fall von Tabes complicirt mit Herzaffektion u. Herderkrankung d. Gehirns. Charité-Ann. XVIII. p. 752.

Sternberg, Maximilian, Ueber Lähmung u. Krampf. Med. Post 22.

Sternberg, Maximilian, Die Sehnenreflexe u. ihre Bedeutung f. d. Pathologie d. Nervensystems. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. Gr. 8. XII u. 331 S. mit 8 Abbild. 9 Mk.

Stewart, T. Grainger, On a case of perverted localisation of sensation or allachaesthesia. Brit. med. Journ. Jan. 6. 1894.

Stix, Hans Raymund, Fall von Tachykardie durch Vaguslähmung. Münchn. med. Wchnschr. XL. 49. 50.

Sturges, O., On chorea or St. Vitus dance in children. 2. Ed. London. Bale and Sons. 8. XI and 188 pp.

Sulzer, D. E., Des troubles oculaires du vertige paralysant (maladie de Gerlier). Revue méd. de la Suisse rom. XIII. 11. p. 695. Nov. 1893. — Ann. d'Oculist. CXI. 1. p. 5. Janv. 1894.

Tatzel, 3 Fälle von nicht hyster. Lähmungen u. deren Heilung mittels Suggestion. Ztschr. f. Hypnot. II. 1. p. 19.

Taylor, J. Madison, The treatment of exophthalmic goitre. Med. News LXIII. 25. 26. p. 673. 711. Dec.

Terrien, De l'hystérie en Vendée. Arch. de Neurol. XXVI. p. 447.

Thomson, R. S., Tumour of the cerebellum. Glasgow med. Journ. XL. 5. p. 382. Nov.

Troitzky, Sergius, Ein Beitrag zur Kenntniss d. Endotheliome d. Pachymeninx spinalis. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 50. 51.

Tusa, S., Sui tracciati delle orme in alcune malattie dell'asse cerebrospinale. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 3. p. 458.

Valat, Une acromégalique. Gaz. des Hôp. 128.

Verhoogen, René, Monoplégie hystérique du

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

grand dentelé. Arch. de Neurol. I. 20. p. 554. — Journ. de Brux. LI. 50. p. 805. Déc.

Vialet, L'appareil nerveux visuel et ses rapports avec la pathologie cérébrale. Semaine méd. XIII. 62.

Villecourt, R., Des désordres produits par l'hypertrophie de la quatrième amygdale (amygdale de la langue) chez une hystérique. Gaz. des Hôp. 4. 1894.

Wagner, Ueber d. Behandlung d. Myxödems. Schmidt's Jahrbb. CCXLI. p. 38. 163.

Waldo, Henry, Motor aphasia without hemiplegia. Brit. med. Journ. Jan. 6. p. 15. 1894.

Walker, Rob., Beobachtungen über d. bleibenden Folgen d. Ergotismus f. d. Centralnervensystem. Diss. Berlin. Bern. H. Körber. Gr. 8. 30 S. mit 8 Holzschn. 80 Pf.

Weber, W. C., Astasia-abasia. New York med. Record XLIV. 26. p. 808. Dec.

Weiss, L., u. O. Brugger, Zur Casuistik d. Sehnervenleiden bei Thurmschädel. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 1. p. 55.

Wertheim Salomonson, J. K. A., Bijdrage tot de kennis van het beven. Nederl. Weekbl. I. 1. 1894.

White, W. Hale, 2 exceptional cases of peripheral neuritis, one septicaemic, the other due to lead, and presenting unilateral faucial paralysis and other rare symptoms. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 143.

Wibo, Quelques considérations sur la méningite tuberculeuse, son étiologie, son traitement prophylactique et curatif. Presse méd. XL. 47.

Wichmann, R., Zur Myxödemtherapie. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 43.

Wildermuth, Ueber Epilepsie. Württemb. Corr.-Bl. LXIV. 1. 1894.

Worotynski, B., Ueber einen Fall hyster. Stummheit von 2jähr. Dauer. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 2. p. 95. 1894.

Wray, Charles, The diagnosis of paralysis of the elevators and depressors of the eyeball. Lancet II. 21; Nov.

Wyllie, John, The disorders of speach. Edinb. med. Journ. XXXIX. 5. 6. 7. p. 385. 494. 577. Nov., Dec. 1893. Jan. 1894.

Zoeller, Ein Fall von hyster. brachialer Monoplegie nach Trauma. Ver.-Bl. d. Pfälz. Aerzte IX. p. 256. Nov.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Binswanger, Birulja, Borthen, Dansac, Enderlen, Gley, Gurrieri, Joffroy, Moschaew, Oppenheim, Rasori, Reich, Schaffer, Squance, Teding, Vasale. IV. 2. *Tetanus, infektiöse Meningitis,* Hawkins, Mehrer, Morison; 3. Brügelmann; 4. Jacobsohn, Jaroschewski, Marchand, Muselier; 5. Bergmann, Brown, Forel, Schmaltz; 6. Rietema; 7. Keferstein; 9. Gardner, Sakorrhaphos; 10. Descroizilles, Glover, Holsten; 11. Ferreira, Sstawski. V. 1. Link; 2. a. *Chirurgie d. Nervensystems;* 2. b. Bramwell, Burr, Chipault, Ehlisch, James; 2. c. Du Pasquier; 2. e. Finotti, Heinlein, Sonnenburg. VII. Adenot, Bernheim, Cunningham, Dercum, Giles, Nikiforow, Rossi, Vinay. VIII. Marfan, Papiewski. IX. Ballet, Bley, Bramwell, Hellier, Jolly, Menereul, Ord, Osler, Page, Paterson. X. Braunschweig, Bull, Iblitz, Nieden, Reissert, Rosenmeyer, Sachs, Salzmann, Straub. XI. Blake, Dansac, Darkschewitsch, Knapp, Körner, Scheinmann, Simon, Stage, Zaufal, Zwaardemaker. XII. Röse, Weaver. XIII. 2. Boyd, Delmis, Lépine, Meisels, Winslow; 3. Jolly. XIV. 3. *Elektrotherapie.* XVI. Hesse. Dexler, Lannois. XX. Kiesewetter.

9) *Constitutionsanomalien.*

Alston, Henry, Chlorosis. Brit. med. Journ. Dec. 30. p. 1453.

Auvray, Maladie bronzée d'Addison. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 19. p. 489. Juillet.

Baruch, Simon, Physikal. Heilmethoden b. Anämie. Bl. f. Hydrother. IV. 1. 1894.

Bassi, Giuseppe, Di due reperti istologici del sangue nell' anemia grave. Gazz. degli Ospit. XIV. 133.

Berger, Paul, Diät u. Wegweiser f. Blutarme. Berlin. H. Steinitz' Verl. 8. 70 S. 1 Mk.

Berkart, J. B., A contribution to the diagnosis of gout. Lancet II. 25; Dec.

Bouchacourt, Urémie cérébro-respiratoire (reins et foie polykystiques). Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 19. p. 51. Juillet.

Cavazzani, E., Contributo allo studio delle alterazioni dell' organismo nella chilemia. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 3. p. 493.

Chéron, Paul, Les régimes alimentaires dans le diabète. Gaz. des Hôp. 132.

Chvostek, F., Zur Symptomatologie d. Chlorose. Wien. klin. Wchnschr. VI. 42. 45.

Clopatt, Purpura rheumatica. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 12. S. 929.

Conti, A., Sull' acetonuria. Rif. med. IX. 282.

Craig, James, Pernicious anaemia. Dubl. Journ. XCVI. p. 489. Dec.

Duckworth, Dyce, A case of inherited gout, with production of tophi at an early age. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 68.

Dunn, T. D., Peliosis rheumatica in a bleeder. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. 6. p. 701. Dec.

Ewald, Mittheilung eines Falles von akut tödtl. verlaufender Tuberkulose d. Nebennieren (Morbus Addisonii). Berl. klin. Wchnschr. XXX. 47. p. 1150.

Fischl, Rudolf, Ueber Anaemia infantum pseudoleucaemica. Prag. med. Wchnschr. XIX. 1. 1894.

Fleiner, Wilhelm, Zur Pathologie d. calculösen u. arteriosklerot. Pankreascirrhose u. der entsprech. Diabetesformen. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 1. 2. 1894.

Forchheimer, F., On the treatment of chlorosis. Therap. Gaz. 3. S. IX. 11. p. 731. Nov.

Gardner, H. Willoughby, High tension, headache, and albuminuria. Lancet II. 18; Oct.

Grant, James, Rare forms of gout and rheumatism. New York med. Record XLIV. 20. p. 609. Nov.

Grawitz, E., Ueber d. Anämien b. Lungentuberkulose u. Carcinose. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 51.

Grube, Karl, Ueber das Verhalten des Patellarreflexes b. Diabetes mellitus. Neurol. Centr.-Bl. XII. 22.

Grube, Karl, On the treatment of diabetes mellitus, especially of its more advanced forms. Lancet II. 27; Dec.

Hawkins, Francis, 2 cases of chronic albuminuria, one of 25 years and the other of 43 year's duration. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 216.

Heffter, A., Ueber Diabetes mellitus. Schmidt's Jahrbb. CCXLI. p. 92. 193.

Holsti, Morbus maculosus Werlhofii. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 11. S. 829.

Hoppe-Seyler, G., Beitrag zur Kenntniss d. Beziehungen d. Erkrankung d. Pankreas u. seiner Gefässe zum Diabetes mellitus. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 1 u. 2. p. 171.

Horden, Herbert H., Pityriasis in a case of diabetes. Lancet II. 18; Oct.

Kraus, Friedrich, Ueber d. sogen. Albuminuria intermittens cyclica. Wien. med. Presse XXXIV. 48. 49. 50.

Levison, F., Urinsyrediatesen; Gicht og Nyregrus. Köbenhavn. Philipsen. 8. 151 S.

Meinert, E., Zur Aetiologie d. Chlorose. Wiesbaden 1894. J. F. Bergmann. 8. 85 S. mit 13 Tafeln u. in d. Text gedr. Abbild.

Mory, E., Les traitements de la chlorose. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 77 pp.

Münzer, E., u. A. Strasser, Untersuchungen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

über d. Bedeutung d. Acetessigsäure f. d. Diabetes mellitus. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXII. 5 u. 6. p. 372.

Neumann, Julius, Die Formen d. constanten Albuminurie. Ztschr. f. Heilkde. XIV. 5 u. 6. p. 485.

Ravogli, A., Purpura recurrens. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVII. 11. p. 545.

Robin, Albert, Des albuminuries phosphatiques; classification et traitement. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 50. p. 748. Déc. 19. — Gaz. de Par. 49. — Gaz. des Hôp. 143.

Robinson, Beverley, On the course and treatment of certain uremic symptoms. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. 4. p. 428. Oct.

Rodman, W. L., Cancer, its etiology and treatment. Amer. Pract. and News XVI. 11. p. 409. Dec.

Rosenblatt, Das Wesen d. Addison'schen Krankheit u. neue Wege zur erfolgreichen Therapie. Russk. Med. 25. 26. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 6.

Rywosch, D., u. Emil Berggrün, Ueber das Verhalten d. leukäm. Blutes b. Einleitung von Kohlensäure. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 50.

Sakorrhaphos, Ménélas, Arthritisme et diathèse nerveuse. Progrès méd. XXI. 42.

Sandalin, E., Hämofilernas arthropathier. Finska läkaresällsk. handl. XXXVI. 10. S. 726.

Savory, William, On gout in some of its relations to surgery. Lancet I. 2; Jan. 1894.

Schabad, T., Ueber d. klin. u. experiment. Diabetes mellitus pancreaticus. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 1 u. 2. p. 108.

Schöpp, Adolf, Ueber die Ausscheidung der Chloride b. Carcinomatösen im Verhältniss zur Aufnahme derselben. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 46.

Schultze, Ueber Leukämie. Deutsche med. Wochenschr. XX. 3. p. 67. 1893.

Sharp, Gordon and William Summerskill, Haemoglobinuria in a child 8 years of age, probably due to the inhalation of sewer air. Lancet II. 24. p. 1440. Dec.

Solis-Cohen, Solomon, Some of the throat-conditions observed in gouty subjects. Med. News LXIII. 19. p. 510. Nov.

Spirig, Wilh., Versuch über d. Ausnutzung d. Nahrung b. Leukämie. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 1 u. 2. p. 187.

Steffen, A., Ueber Purpura. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 1.

Stewart, F. E., Some points in the treatment of the uric-acid diathesis. Therap. Gaz. 3. S. IX. 12. p. 818. Dec.

Thompson, W. Gilman, A study of Addison's disease and of the adrenals. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. 4. p. 377. Oct.

Tyson, James, The treatment of gout. Therap. Gaz. 3. S. IX. 11. p. 721. Nov.

Tzjechanowitsch, A., Zur Behandlung der Furunkulose. Russk. Med. 36. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 7.

Vanderpoel, Waldron B., Albuminuria without manifest organic renal lesion. New York med. Record XLIV. 20. p. 611. Nov.

Vanni, L., e G. Manzini, Sulla parte che spetta al rene nella patogenesi dell' uremia. Gazz. degli Ospit. XIV. 150.

Wertheimer, Wilhelm, Ein Fall von idiopath. Oxalurie. Bl. f. klin. Hydrother. III. 11.

Williams, W. Roger, The question of the increase of cancer. Brit. med. Journ. Dec. 30. p. 1450.

Worms, Jules, Sur le diabète à évolution lente. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 48. p. 663. Déc. 5.

S. a. I. Daiber, Gulewitsch, Lilienfeld. II. Seegen. III. Babes, Jacob, Rovighi. IV. 1. Klein; 2. Hawkins, Tonkin, Zampetti; 3. Grube; 4. Basch; 5. Dutton, Fischer, Hildebrand, Jayle; 6. Levison, Salomonsen; 7. Cohn; 8. *Akromegalie, Basedow'sche Krankheit, Myxödem*, Mathieu; 10. Fox, Lukasiewicz; 12. Ekkert. V. 1. Spencer; 2. e. Pick. VI. Goldberg. VII. Oliver. VIII. Franqué, Gerner, Liwow, Rehn, Schönberg. IX. Köppen, Lailler. X. Bull. XIII. 2. Billig, Palma, Rüdel, Smart.

10) *Hautkrankheiten.*

Abraham, Phineas S., Remarks on alopecia areata. Lancet II. 22; Nov.

Atlas, internationaler, seltener Hautkrankheiten, herausgeg. von *P. G. Unna, Malcolm Morris, H. Leloir, L. A. Duhring.* 9. Heft. Hamburg. L. Voss. Fol. 44 S. mit 3 farb. Taf. 20 Mk.

Audry, Ch., Réflexions sur les hyperkératoses passives. Mercredi méd. 2. 1894.

Basch, Emerich, Die auf d. dermatol. Klinik d. kön. Rathes Prof. Dr. *Ernst Schwimmer* in Budapest gebräuchl. Therapie. Aerztl. Centr.-Anzeiger VI. 2. 1894.

Berliner, Carl, Ueber einen Fall von Cheiropompholyx (*Hutchinson*). Deutsche med. Wchnschr. XIX. 43.

Boeck, Cäsar, 4 Fälle von Hydroa vacciniforme (*Bazin*), Summereruption (*Jon. Hutchinson*). Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 1. p. 23.

Bramwell, Byrom, The treatment of psoriasis by the internal administration of thyroid extract. Brit. med. Journ. Oct. 28.

Brocq, L., Notions générales sur les dermatoses. De la méthode graphique en dermatologie. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. IV. 11. p. 1157.

Bronson, Edward Bennett, The treatment of itching [Pruritus]. New York med. Record XLIV. 16. p. 481. Oct.

Clemow, A. H. Weiss, Dermatological case for diagnosis. Clinical Soc. Transact. XXVII. p. 239.

Collet, J., et E. Lacroix, Malformation congénitale de la face et du crâne, avec éléphantiasis des parties molles; névrome plexiforme; tumeurs multiples disséminées sur le tronc et les membres. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 48.

Crocker, H. Radcliffe, Dermatology in its practical relations to general medicine. New York med. Record XLIV. 17. p. 513. Oct.

Descroizilles, 2 cas de zona de l'épaule. Gaz. des Hôp. 127.

Dill, John F. Gordon, Notes on 5 cases of skin disease treated by thyroid gland. Lancet I. 1. p. 19. Jan. 1894.

Discussion on lupus. Brit. med. Journ. Oct. 28.

Ehlers, Edvard, Den spedalske Sygdom paa Island. Hosp.-Tid. 4. R. I. 41.

Ehlers, Edvard, Om den saakalte „Kunöske Spedalskhed". Hosp.-Tid. 4. R. I. 44.

Engman, M. F., u. P. G. Unna, Ueber Hautschienen. Ein Beitrag zur mechan. Behandl. der Hautkrankheiten. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVII. 10. p. 481.

Finsen, Niels R., Om de kemiske Straalers skadelige Virkning paa den dyriske Organisme. Hosp.-Tid. 4. R. I. 44.

Fischer jun., Leopold, Ein interessanter Fall von Urticaria. Intern. med. Rundschau 40.

Fox, Colcott, The erythema induratum of the scrofulous (of *Bazin*). Brit. med. Journ. Oct. 28.

Glover, Lewis G., A case of symmetrical herpes attacking the ears. Lancet II. 27. p. 1653. Dec.

Helbing, Hugo, Zur Behandlung d. erfrorenen Nase. Therap. Monatsh. VIII. 1. p. 23. 1894.

Hölscher, R., Ueber die Beziehungen zwischen Asthma u. Psoriasis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVII. 9. p. 458.

Holsten, George D., Acne. Med. News LXIII. 21. p. 567. Nov.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Holsten, George Dederic, Neurotisches (reflektor.) Ekzem. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 1. p. 7. 1894.

Holsti, Fall af lepra. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 11. S. 838.

Jamieson, Allan, Congenital malformation of the nails. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 191.

Inglis-Parsons, J., Rodent cancer and its treatment by electricity. Lancet II. 20; Nov.

Jones, Talfourd, The treatment of psoriasis by thyroid extract. Brit. med. Journ. Dec. 30. p. 1424.

Kaposi, Mor., Ueber einige ungewöhnl. Formen von Acne (Folliculitis). Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 1. p. 87.

Launay, P., Epithéliome tubulé de la peau. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 21. p. 548. Oct.

Le Gendre, Traitement de quelques maladies de la peau chez l'enfant. Revue d'Obstétr. VI. p. 321. Nov.—Déc.

Leistikow, Leo, Zur Behandl. d. Alopecia areata. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 1. p. 26. 1894.

Leloir, Henri, Finden sich in d. als leprafrei bekannten Landstrichen Frankreichs, insbes. im Norden u. in Paris, Spuren d. alten Lepra? Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 1. p. 3.

Leloir, H., u. E. Vidal, Symptomatologie u. Histologie d. Hautkrankheiten. 4. Lief. In deutscher Bearb. von *Eduard Schiff*. Hamburg u. Leipzig. Leop. Voss. Lex.-8. S. 297—384 u. Taf. XIX—XXIV. 8 Mk.

Lewin, G., Ueber d. Leukoderma, namentl. über seinen diagnost. Werth. Charité-Ann. XVIII. p. 614.

Lewin, Georg, Ueber Cysticercus cellulosae in d. Haut d. Menschen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 1. p. 71.

Liebreich, Oscar, Zur Geschichte des Glasdruckes als diagnost. Hülfsmittel f. d. Untersuchung d. Haut. Therap. Monatsh. VII. 11. p. 531.

Little, J. Fletcher, A case of naevus involving the whole of the right side. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 243.

Lukasiewicz, Ueber Lichen scrofulosorum. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 1. p. 33.

M'Naught, J. G., Erythema nodosum in a male adult. Lancet I. 2. p. 89. Jan. 1894.

Mibelli, V., Beitrag zum Studium d. Hyperkeratosen d. Knäueldrüsengänge (Porokeratosis). Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVII. 9. p. 417.

Monell, S. H., Static electricity in cutaneous affections. New York med. Record XLIV. 21. p. 649. Nov.

Öhrn, J. F., Spetelskans förekomst inom Helsingland. Hygiea LV. 10. S. 409.

O'Hagan, J. J., Jodoform dermatitis. Brit. med. Journ. Jan. 13. p. 63. 1894.

Philippson, A., Wesen u. Behandl. d. Acne vulgaris. Therap. Monatsh. VII. 11. p. 549.

Phillips, Leslie, Thyroid feeding in skin diseases. Brit. med. Journ. Nov. 25. p. 1152.

Poupinel de Valencé, Leprosy and heredity. Lancet I. 1. p. 62. Jan. 1894.

Rake, Beaven, The question of the communicability of leprosy. New York med. Record XLIV. 23. p. 705. Dec.

Reizenstein, Albert, Ueber d. Altersveränderungen d. elast. Fasern in d. Haut. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 1. p. 1. 1894.

Respighi, Emil, Ueber eine noch nicht beschriebene Hyperkeratose. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 2. p. 70. 1894.

Richardière, Nature de l'érythème noueux. Semaine méd. XIII. 63.

Sack, Arnold, Beiträge zur Kenntniss d. Hautblutungen. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVII. 12. p. 607.

Schmidt, P., Spedalskhed paa Färöerne i det 17de Aarhundrede. Hosp.-Tid. 4. R. I. 42.

Schütz, Josef, Zur Behandl. d. Lupus vulgaris. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 1. p. 97.

Schultze, Eigenthüml. Hautlipomatose. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 43. p. 1050.

Sechi, Tommaso, Un caso di lichen planus di Wilson. Rif. med. IX. 267.

Sederholm, E., Spetelskans förekomst i andra delar of Sverige utom Helsingland. Hygiea LV. 10. S. 410.

Squire, Balmanno, The treatment of psoriasis by thyroid extract. Brit. med. Journ. Jan. 6. p. 13. 1894.

Startin, James, Etiology of alopecia areata parasitica. Lancet II. 20. p. 1217. Nov.

Staub, A., Ueber Pemphigus puerperalis u. Pemphigus neonatorum. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 49.

Thibierge, Georges, Traitement du psoriasis. Semaine méd. XIII. 61.

Thibierge, Georges, Traitement de la pélade. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 51.

Thiersch, Justus, Mykose d. Haut. Schmidt's Jahrbb. CCXLI. p. 72.

Török, Louis, De la nature des xanthomes avec quelques remarques critiques sur la notion des tumeurs. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. VI. 11. 12. p. 1109. 1261.

Tommasoli, Pierleone, Ueber einen Fall von Epithelioma verrucosum abortivum nebst einem Beitrage zum Studium d. Psorospermosen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 1. p. 49.

Unna, P. G., Zur Diaskopie der Hautkrankheiten. Nebst Bemerkungen von *Oscar Liebreich*. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 44.

Veiel, Zur Therapie d. Lupus vulgaris. Württemb. Corr.-Bl. LXIII. 37.

Vitoux, C., Un cas de sclérodermie. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXII. 11. p. 429. Nov.

Völckers, Albr., Ueber Granuloma fungoides (Mycosis fungoides) d. Haut. [Münchn. med. Abhandl. 1. R. 14. Heft.] München. J. F. Lehmann's Verl. Gr. 8. 22 S. mit 2 Abbild. auf einer Tafel. 1 Mk.

Walsh, David, Ringworm of the nails. Lancet II. 21. p. 1247. Nov.

Wolff, A., Lehrbuch der Haut- u. Geschlechtskrankheiten. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. XIV u. 636 S. mit 97 Abbild. 15 Mk.

Workman, Charles, Molluscum contagiosum. Glasgow med. Journ. XL. 5. p. 388. Nov.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Green, Senator. IV. 3. Silberstern; 6. Dickinson; 8. *Myxödem*, Arning, Marie, Murray, Riehl, Schultze; 9. Auvray, Horden, Rosenblatt, Thompson; 11. Coffin. V. 1. Adenot, Swain; 2. e. Hübscher, Labougle, Lesser, Mertens, Nicaise, Park. VII. Arnozan. VIII. Klamann. XIII. 1. Caspary; 2. Aubert, Bard, Childe, Crocker, Labanowski, Levi, Moore, Taenzer; 3. Olshausen, Onodi. XV. Hansen. XX. Pick.

11) *Venerische Krankheiten.*

Ashmead, Albert S., Antiquity of syphilis and of the use of mercury in Japan and China. Med. News LXIII. 27. p. 735. Dec.

Audubert, Sur un cas de laryngopathie tertiaire avec sténose, améliorée par la dilatation progressive. Revue de Laryngol. etc. XIV. 23. p. 1023. Déc.

Berg, Georg, Ueber einen durch Excision geheilten Fall von Ulcus molle serpiginosum. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 48.

Bergh, R., Om Incubationstiden ved Syphilis Hosp.-Tid. 4. R. I. 45. 46. — Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVII. 12. p. 593.

Binz, C., Die Einschleppung d. Syphilis in Europa. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 44.

Bittner, Franz, Zur Kenntniss der gummösen Magensyphilis. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 48.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Bryce, Th., Multiple gummata of the right arm. Glasgow med. Journ. XL. 5. p. 378. Nov.

Carry, Le gonococcus de *Neisser* au service sanitaire de Lyon. Etude sur la blennorrhagie de la femme. Lyon méd. LXXV. p. 37. Janv.

Coffin, Syphilis et prurit. Mercredi méd. 42.

Colombini, P., Sifilidi latenti e sifilidi ignorate. Rif. med. IX. 292—296.

Cordwent, Geo, When may syphilitics mary? Brit. med. Journ. Oct. 28. p. 944.

Ehlers, Den amerikanske Teori om Oprindelsen af Syfilis. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 2. 1894.

Eschle, Franz, Beiträge zur Casuistik d. syphilit. Dactylitis. Berlin u. Neuwied. Heuser's Verl. 8. 25 S. 1 Mk.

Fenwick, E. Hurry, On the advantage of combining dyes with urethral injection for obstinate gleet. Brit. med. Journ. 6. p. 12. 1894.

Ferreira, Clemente, Sur un cas de pseudoparalysie syphilitique dos nouveau-nés, envahissant les 4 membres et rapidement guérie. Progrès méd. XXI. 42.

Fournier, Le tertiarisme précoce. Gaz. de Par. 49—52. 1893. 1. 2. 1894.

Fournier, Les syphilis graves précoces. Gaz. des Hôp. 2. 1894.

Freitag, Georg, Die contagiösen Sexualkrankheiten. Leipzig. Ambr. Abel. 8. XII u. 416 S. 6 Mk. 75 Pf.

Gerber, Spätformen hereditärer Syphilis in den obern Luftwegen. [Beitr. z. klin. Med. u. Chir. 5. Heft.] Wien. W. Braumüller. Gr. 8. V u. 105 S. mit 12 Abbild. 2 Mk.

Healey, C. W. R., Accidental syphilitic inoculation from a blow on the nose. Brit. med. Journ. Dec. 30. p. 1425.

Himowich, Adolph A., Gonorrhoea in children. New York med. Record XLIV. 12. p. 685. Nov.

Jaccoud, Un cas de néphrite syphilitique précoce. Gaz. des Hôp. 137.

Jeanselme, E., Contribution à l'étude du chancre mou céphalique. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 49.

Johnson, E. G., och C. Wallis, Bidrag till kännedomen om syfilitiska förändringar i digestionskanalen. Hygiea LV. 10. 11. S. 342. 473.

Joseph, Max, Ueber Hodensyphilis. Med. Post 22.

Kollmann; Arthur, Zur Diagnostik u. Therapie d. männl. Gonorrhöe. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 47.

Kollmann, Ueber die Aufgaben u. Grenzen der Gonorrhöetherapie b. Manne. Schmidt's Jahrbb. CCXL. p. 272.

Kollmann, Ueber Blutserumtherapie b. Syphilis. Schmidt's Jahrbb. CCXLI. p. 222. 1894.

Kopp, C., Atlas d. Geschlechtskrankheiten. [Lehmann's med. Hand-Atlanten VI.] München. J. F. Lehmann. 8. 53 farb. u. 4 schwarze Abbild. u. 84 S. Erklär. 7 Mk.

Lang, Eduard, Beleuchtung d. „successiven oder chron. intermittirenden Behandlung" d. Syphilis. Wien. med. Presse XXXIV. 46.

Lang, Eduard, Ueber Vorbauung d. venerischen Krankheiten. [Wien. Klin. 7; Jan. 1894.] Wien 1894. Urban u. Schwarzenberg. 8. 14 S. 75 Pf.

Leguen, Gomme du testicule. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 19. p. 498. Juillet.

Martin, Edward, Some studies on the therapeutics of acute gonorrhoea. Therap. Gaz. 3. S. IX. 10. p. 649. Oct.

Mauriac, Charles, Ce que devraient être le traitement spécifique et la prophylaxie de la syphilis. Semaine méd. XIII. 72.

Neebe, Die Behandlung d. chron. Gonorrhöe nach Dr. *Oberlaender* u. d. Elektrourethroskop *Oberlaender's*. Therap. Monatsh. VIII. 1. p. 18. 1894.

Neve, Arthur, Excision of gummata of the testicle; recovery. Lancet II. 19. p. 1127. Nov. 1893. I. 2. p. 122. Jan. 1894.

Nicolle, C., Méthode prâtique pour faire bactériologiquement le diagnostic du chancre mou. Gaz. de Par. 51.

Omeltschenko, Th., Zur Histologie d. Syphilis. Med. Obosr. 17. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Paul, Constantin, De la syphilis atténuée. Bull. de Thér. LXII. 41. p. 213. Nov. 8.

Petrini, Note sur un cas de syphilide érythématotuberculo-crouteuse de la face, compliquée de sarcome angiolithique cérébral. Roumanie med. I. 6. p. 161. 215. Sept., Oct.

Pombrak, A., 2 Fälle von extragenitaler Syphilis. Med. Obosr. 17. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Sederholm, E., Bidrag till kännedomen om de tertiära symptomens förekomst i syfilis hos prostituerede. Nord. med. ark. N. F. III. 4. Nr. 18.

Seifert, O., Ueber Syphilis der obern Luftwege. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 42. 44. 45.

Senator, H., Ueber Ikterus u. akute Leberatrophie in d. Frühperiode d. Syphilis. Charité-Annalen XVIII. p. 322.

Sobotka, Josef, Ueber einen Fall von Arthritis blennorrhoica. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 48.

Sstawski, Anton, Frühzeit. syphilit. Affektion d. Augen u. d. Rückenmarks. Boln. gas. Botk. 41. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Thompson, J. A., „Gummae" of the lung. New York med. Record XLIV. 17. p. 522. Oct.

Tichow, P., Zur Frage über d. syphilit. Affektionen d. Muskulatur in d. chir. Praxis. Med. Obosr. 15. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Titomanlio, A., Sulla sifilide ereditaria nei principali brefotrofi d'Italia in rapporto ai regolamenti sanitarii in vigore. Rif. med. IX. 280. 281.

Tollemer et Macaigne, Synovite blennorrhagique suppurée due au gonocoque. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 19. p. 493. Juillet.

Vollert, Zur Syphilistherapie. Therap. Monatsh. VII. 12. p. 597.

Welander, Edvard, Versuche, weichen Schanker mittelst Wärme zu behandeln. Nord. med. ark. N. F. III. 4. Nr, 20.

Wickham, Louis, En présence d'un chancre, quand faut-il commencer le traitement spécifique. Gaz. de Par. 50.

Winckler, Ernst, Ueber eine Siebbeincaries nach Lues. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 51.

S. a. II. Dubrueilh. IV. 2. Potain; 4. Michaelis; 8. Dutil, Eskeridge, Feilchenfeld, Fournier, Gerhardt, Homén, Hoyt, Lamy, Lépine, Muchin, Nammack; 10. Wolff. V. 2. d. *Harnröhrenstrikturen.* VI. Luther. VII. Diday, Wallich. IX. Nolan, Peterson, Platonnow. X. Fromaget, Randall, Wallace. XI. Plicque, Rueda, Starr. XIII. 2. Da Costa, Janet, Keitel, Levi, Monties. XV. *Prostitution.* XX. Pick.

12) *Parasiten beim Menschen.*

Blickharn, W. L., A case of ankylostomiasis. Med. News LXIII. 24. p. 662. Dec.

Braun, M., Helmintholog. Notizen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 24.

Bruce, J. Mitchell, and A. Marmaduke Sheild, Gelatiniform degeneration of hydatid cysts. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 175. 1892.

Bücklers, Ueber d. Zusammenhang d. Vermehrung d. eosinophilen Zellen im Blute mit d. Vorkommen d. Charcot'schen Krystalle in d. Faeces b. Wurmkranken. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 2. 3. 1894.

Chiari, H., Ueber einen in Prag secirten Fall von Ankylostomiasis b. einem Kruneger. Prag. med. Wochenschr. XVIII. 44.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Ekkert, A., Ein Fall von Bandwurm-Anämie. Boln. gas. Botk. 35. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Giarrè, Carlo, Grave infezione da ascaridi in bambina geofaga. Sperimentale XLVII. 19.

Kahn, Emanuel, Menstruationsanomalien in Folge von Bothriocephalus latus u. Einiges zu dessen Symptomatologie. Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 47.

Langer, Joseph, Zur Ankylostomiasisfrage. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 46. 47.

Leuckart, Rudolf, Die Parasiten d. Menschen u. d. von ihnen herrührenden Krankheiten. 2. Auflage. I. Bd. 5. Lief. Leipzig 1894. C. F. Winter'sche Verlagsh. 8. VIII S. u. S. 441—736 mit 118 Holzschnitten. 9 Mk.

Pagliari, Filippo, Contributo alla conoscenza dei parassiti nelle feci dei bambini. Policlinico I. 1. p. 20.

Sakharoff, Recherches sur les hématozoaires des oiseaux. Ann. de l'Inst. Pasteur VII. 12. p. 801. Déc.

Waring, Alfred, Simultaneous expulsion of taenia mediocanellata and ascarides lumbricoides. Brit. med. Journ. Dec. 23. p. 1375.

Whelan, J. H., Filaria sanguinis hominis. Brit. med. Journ. Dec. 2. p. 1250.

S. a. II. v. Linstow. III. Buchanan, Omeltschenko. IV. 2. Dufour; 5. Babes, Koch, Remmer; 6. Karewski; 7. Krawtschenko; 8. Farquharson, Friedeberg, Landowsky; 10. Lewin. V. 2. b. Souques; 2. c. Binaud, Llobet, Pauchet, Reboul, Rose, Ssokolow, Vizzi. XIII. 2. Bouchet. XVIII. Hamann, Lannois, Rátz.

V. Chirurgie.

1) *Allgemeine chirurg. Pathologie u. Therapie, Operations- u. Verbandlehre.*

Adam, James, Lymphoma circumscriptum. Brit. med. Journ. Dec. 2. p. 1212.

Adenot, De l'origine osseuse de certaines ulcérations tuberculeuses en apparence exclusivement cutanées. Revue de Chir. XIII. 10. p. 833.

Ambrosius, W., Zur Kenntniss d. Todesursachen nach multiplen Knochenbrüchen. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 5 u. 6. p. 497.

Baudouin, Marcel, Le pansement ouaté. Progrès méd. XXII. 2. 1894.

Beiträge zur klin. Chirurgie. Redig. von *P. Bruns*. XI. 1. Tübingen 1894. H. Laupp. Gr. 8. 272 S. mit 4 Tafeln. 7 Mk.

Billroth, Th., Eigene Erfahrungen über Aneurysmen an den Extremitäten u. am Halse. Wien. klin. Wchnschr. VI. 50.

Biondi, D., Note su alcune osservazioni di patologia e di clinica chirurgica. Bologna 1892. Tip. Gamberini e Parmeggiani. 8. 151 pp.

Bloch, Oscar, Smaanoter fra den kirurgiska Praksis. [Elevation af en Extremitet. — Sandposer.] Ugeskr. f. Läger 4. R. XXVIII. 24.

Boeckmann, Eduard, A new surgical sterilizer. New York med. Record XLV. 1. p. 30. Jan. 1894.

Bullitt, James B., Aseptic surgery for the country practitioner. Amer. Pract. and News XVI. 10. p. 369. Nov.

Burrell, Herbert L., Gun-shot wounds of the joints. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 15. p. 369. Oct.

Busse, Otto, Ueber die Heilung asept. Schnittwunden d. menschl. Haut. Virchow's Arch. CXXXIV. 3. p. 401.

Cheever, David W., Lectures on surgery. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 13—17. 20. 22. 24. Sept.—Dec.

Clark, Henry E., Then and now, or the progress of surgery during the present century. Glasgow med. Journ. XL. 6. p. 401. Dec.

Colgan, James F. E., Open incision tenotomy. Therap. Gaz. 3. S. IX. 10. p. 670. Oct.

Congresso chirurgico di Roma tenutosi dal 27 al 30 ottobre 1893. Gazz. degli Ospit. XIV. 131.

Delbet, P., Lymphangiome kystique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 24. p. 637. Nov.—Déc.

Demosthen, A., Sur des études expérimentales concernant l'action du projectile cuirassé Mannlicher roumain de 6½ mm. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 48. p. 636. Déc. 5. 1893. — Ann. de Méd. et de Pharm. mil. XXVII. 1. p. 52. Janv. 1894.

Dor, L., Nature infectieuse de certaines arthrites déformantes (lipome arborescent des synoviales). Gaz. de Par. 47.

Dutton, Thomas, Sea-voyages for the surgical convalescents. Lancet II. 19. p. 1155. Nov.

Eiselsberg, Anton von, Ueber d. äusseren Bedingungen u. d. socialen Indikationen f. chirurg. Operationen. Wien. klin. Wchnschr. VI. 42. 43.

Féré, Ch., Note pour servir à l'histoire des arrêts de développement consécutifs à des traumatismes de l'enfance. Revue de Chir. XIII. 10. p. 854.

Forgue, Emile, De l'asepsie en chirurgie courante, en chirurgie d'urgence et à la campagne. Semaine méd. XIII. 63.

Frakturen s. IV. 8. *Manley*. V. 1. *Ambrosius, Lane, Lumniczer, Lupò, Serenin, Wölfler*; 2. a. *Baltusewitsch, Bennett, Crile, Davies, Haddon, Johnson, Köhler, Körner, Osborn, Roberts, Romniciano, Schmiedicke, Spear, Stewart, Stimson, Walther, Whitelocke*; 2. c. *Du Pasquier*; 2. e. *Allen, Bähr, Bennett, Boland, Borelius, Clemmey, Davies, Demoulin, Dollinger, Dutt, Finotti, Flüglistaller, Fulda, Gaupp, Golebiewski, Goodhue, Jaboulay, Moore, Orrillard, Page, Plicque, Ryan, Schede, Schüller*. VIII. *Poirer*. XI. *Aigre, Schaeffer*.

Frank, Ernst, Ein einfacher Apparat zur Sterilisation von Kathetern. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 51.

Fremdkörper s. IV. 5. *Wunderli*. V. 1. *Gluck*; 2. d. *Brik, Prochnow*; 2. e. *Concanon*. VI. *Steele*. X. *Bugge, Haab, Holt, James, Johnson*. XI. *Aigre, Bonan, Hopkins, Martin, Thorner, Theobald*.

Gluck, Th., Allgem. u. casuist. Bericht aus d. chir. Abth. d. Kaiser- u. Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenh. in Berlin. Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 171.

Gluck, Th., Fremdkörpertherapie u. Gewebszüchtung. Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 236.

Goldmann, E. E., Ueber d. Schicksal d. nach d. Verfahren von *Thiersch* verpflanzten Hautstückchen. Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 229. 1894.

Haward, J. Warrington, Notes on the preservation of catgut ligatures. With experiments on their asepticity and strength; by *Charles Slater*. Lancet II. 20; Nov.

Helferich, Ueber die Hauttransplantation nach *Thiersch*. Deutsche med. Wchnschr. XX. 1. 1894.

Herczel, Em., Ueber einige neuere plast. Operationen. Wien. med. Presse XXXIV. 49—52.

Hudson, Leopold, Sea voyages for the surgical convalescent. Lancet II. 17; Oct.

Jaboulay, De la valeur de quelques opérations palliatives. Lyon méd. LXXV. p. 5. Janv. 1894.

Joncheray, A., De l'ostéite deformante (maladie osseuse de Paget). Thèse. Paris. Steinheil. 4. 46 pp.

Kiener, M., et Duclert, Sur le mode de formation et de guérison des abcès. Arch. de Méd. expérim. V. 6. p. 705. Nov.

Knochen- u. Gelenkkrankheiten s. III. *Bernauer, Canon, Ghillini, Ribbert, Zeroni*. IV. 2. *Bayliss, Klemm*; 7. *Barbier, Schüller, Strauscheid, Weissmayr*; 8. *Johnson*; 9. *Sandalin*; 11. *Sobotka, Tollemer, Winckler*. V. 1. *Burrell, Dor, Joncheray, Krukenberg, Malenjuk, Messner, Müller, Oehler, Sacchi, Schrank, Vélits*; 2. a. *Reinhold*; 2. b. *Dunlop, Gendron, Morian,*

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Shimwell; 2. c. *Broca, Krüger, Makins, Schmidt;* 2. e. *Beck, Drobnik, Dunn, Gibney, Golding, Guillemain, Halsted, Judson, König, Lockwood, Loison, Nasse, Nicolaysen, Orrillard, Peckham, Pernice, Perregaux, Pick, Real, Runeberg, Sainton, Sayre, Sonnenburg, Willard.* VI. *Neugebauer.* VII. *Klein, Löhlein, Seeligmann.* VIII. *Franqué, Schönberg.* IX. *Potovski.* XI. *Flaak, Gluck, Liebe, Lublinski, Moos, Scheibe, Schröder.* XIII. 2. *Naumann, Rüdel.*

Köhler, A., Bericht über d. chirurg. Klinik d. Geheimr. *r. Bardeleben* f. d. Zeit vom 1. April 1891 bis 31. März 1892. Charité-Ann. XVIII. p. 345.

Koehler, A., Ueber d. Behandl. d. multiplen örtl. Tuberkulose. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 149.

Koenig, Franz, Lehrbuch der spec. Chirurgie. 6. Aufl. III. Bd. Berlin 1894. A. Hirschwald. Gr. 8. XVIII u. 846 S. mit 104 Holzschn.

Koettnitz, A., Ueber symmetr. Auftreten von Lipomen. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVIII. 1. p. 75.

Kronacher, Wunddrainage u. Dauerverband. Wien. med. Presse XXXV. 2. 1894.

Krukenberg, Hermann, Die Behandl. von Gelenksteifigkeiten mittels meiner Pendelapparate. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 52.

Lane, W. Arbuthnot, On the advantage of the steel screw in the treatment of ununited fractures. Lancet II. 25; Dec.

Langenbuch, Ueber Wundbehandlung. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 46. p. 1128.

Langer, Fritz, Zur Casuistik d. multiplen symmetr. Lipome. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 4. p. 899.

Link, Ignaz, Ein Beitrag zur Neurektomie nach *Lücke-Lossen-Braun.* Wien. klin. Wchnschr. VII. 2. 1894.

Lumniczer, Joseph, Beiträge zum Heilverfahren b. Knochenbrüchen. Ungar. Arch. f. Med. II. 2. p. 161.

Lupò, Pietro, Cura delle fratture complicate. Rif. med. IX. 298.

Luxationen s. IV. 8. *Remak.* V. 2. a. *Baltusewitsch, Tillaux;* 2. b. *Holmes, Legg, Walton;* 2. e. *Barwell, Heath, Hofmann, Lane, Nanu, Nicholson, Ollier, O'Sullivan, Pollosson, Poncet, Rautzoïu, Sainton, Schlatter, Schou, Schröter, Simpson, Thomas, Volkmann, Wassiljew.*

Mac Cormac, William, On Sir *Astley Cooper* and his surgical work. Lancet II. 25; Dec. — Brit. med. Journ. Dec. 16.

Macpherson, W. G., „Antiseptic" preparations of catgut and silk; their relation to wound infection. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 227. 1892.

Malenjuk, W., Materialien zur Lehre der Transplantation von Knochengewebe zum Ersatz von Knochendefekten. Chir. Westn. Aug. Sept. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 7.

Matton, R., Etude sur les épanchements traumatiques de sérosité. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 58 pp.

Messner, Ueber d. sogen. Dérangement interne d. Gelenke. [Berl. Klin. 65.] Berlin. Fischer's med. Buchh. Gr. 8. 13 S. 60 Pf. — Vgl. a. Münchn. med. Wchnschr. XL. 51. p. 992.

Meyer, George, Ein neuer Operations- u. Untersuchungs-Tisch u. -Stuhl. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 52.

Müller, Kurt, Ueber akute Osteomyelitis. Münchener med. Wchnschr. XL. 47. 48.

Nicolaysen, Om Pseudartrosernes Behandling. Hosp.-Tid. 4. R. I. 28. S. 754.

Oehler, Rudolph, Ueber d. sogen. Knochenaneurysma. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 5 u. 6. p. 525.

Plicque, A. F., Précis de diagnostic chirurgical (examen clinique, pronostic, traitement). Paris. Steinheil. 8. 693 pp.

Polaillon, Statistique et observations de chirurgie hospitalière. Gaz. de Par. 44—47.

Ricketts, B. Merrill, Circular-saw injury. Med. News LXIII. 27. p. 738. Dec.

Sacchi, Ercole, Contributo alla cura chirurgica della tubercolosi delle ossa e delle articolazioni degli arti. Rif. med. IX. 249.

Schrank, W., 2 Fälle von Periostitis albuminosa (*Ollier*). Arch. f. klin. Chir. XLVI. 4. p. 724.

Serenin, W., Die Behandlung d. Knochenbrüche mit Massage. Chir. Ljetop. III. 4. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 9.

Shrady, George F., A simple method of closing large operation-wounds by sliding skin flaps. New York med. Record XLIV. 23. p. 717. Dec.

Slomann, H. C., Om praktisk Aseptik. Ugeskr. f. Läger 4. R. XXVIII. 16.

Spencer, W. G., Upon amputation in diabetes mellitus. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 395. 1892.

Spengler, M., Casuist. Beitrag zur Dyschromasia traumatica. Münchn. med. Wchnschr. XL. 51.

Steinthal, Der heutige Stand der Narkosenfrage. Württemb. Corr.-Bl. LXIII. 36.

Swain, Extensive burn, haematemesis; death. Lancet II. 19. p. 1127. Nov.

Terrier, Félix, L'antisepsie et l'asepsie. Progrès méd. XXI. 46.

Thompson, C. O., Horse-hair in minor surgery. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 14. p. 345. Oct.

Tscherning, E. A., Om den kirurgiske Dränage. Bibl. f. Läger 5.

Tscherning, E. A., Törsteriliseret Katgut. Hosp.-Tid. 4. R. I. 48.

Tscherning, E. A., Nordisk kirurgisk Forenings 1:ste Möde i Göteborg, 6—8 juli 1893. Nord. med. ark. N. F. III. 5. Nr. 25.

Vélits, Desider von, Weitere Beiträge zur chirurg. Behandlung der Knochenerweichung (Osteomalacie). Ungar. Arch. f. Med. II. 2. p. 109.

Walker, Norman, What constitutes rodent ulcer? Edinb. med.-chir. Transact. N. S. XII. p. 199.

Warnots, L., Antisepsie, asepsie et anesthésie générale. Journ. de Brux. LI. 43. p. 689. Oct.

Wölfler, Anton, Ueber die moderne Wundbehandlung mit besond. Rücksicht auf complicirte Frakturen. Mitth. d. Ver. d. Aerzte in Steierm. 7.

Wolff, Bernard, A case of gas-phlegmon. New York med. Record XLV. 1. p. 15. Jan. 1894.

Zeller, M., Ein seltener Fall von spontaner Gangrän. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 52.

S. a. II. Hildebrand, Merkel. III. Cecchetelli, Hedenius, Hektoen, Jakowski, Janess, Parascandolo, Stricker. IV. 2. *Tetanus,* Gluck; 8. *Traumatische Neurosen,* Caton; 9. Savory; 11. Tichow. XIII. 2. *Anaesthetica, Antiseptica, Haemostatica.* XVII. Demmler. XVIII. Möller. XX. Monod.

2) *Specielle Chirurgie.*

a) Kopf u. Hals (einschl. Oesophagus).

Åkerman, Jules, Et Tilfälde af Kraniotomi for Mikrocefali med Bemärkninger om *Lannelongue's* Operation. Hosp.-Tid. 4. R. I. 29. S. 772. — Hygiea LV. 11. p. 431.

Alexander, W., Trephining in epilepsy in doubtful cases. Brit. med. Journ. Nov. 25.

Anderson, A. R., A case of actinomycosis of the face and neck. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 103. 1892.

Annandale, Thomas, Clinical lecture upon hare-lip and cleft palate. Brit. med. Journ. Dec. 2.

Baltusewitsch, A., Ein seltener Fall von Fraktur beider Kiefer u. doppelter Luxation d. Unterkiefers auf d. Jochbögen mit Hinzufügung einiger Versuche, welche vom Vf. ausgeführt wurden, zur Erklärung des Zustandekommens letzterer. Wratsch 30. 31. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Baskett, B., Chronic hydrocephalus; drainage;

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

temporary improvement. Brit. med. Journ. Jan. 13. p. 63. 1894.

Bell, C. E. W., Middle ear disease; cerebral abscess; operation; recovery. Lancet II. 18. p. 1060. Oct.

Bishop, Seth Scott, The indications and preferable methods for mastoid operations. Med. News LXIII. 20. p. 541. Nov.

Bennett, Storer, A case of extensive fracture of right upper maxilla. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 226.

Bennett, Wm. H., Thrombosis of lateral sinus; removal of clot; immediate and complete recovery. Lancet II. 17. p. 1001. Oct.

Bergmann, A. von, Ueber Trepanation b. Hirnverletzungen. Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 51.

Bidwell, Leonard A., and C. S. Sherrington, Focal epilepsy; trephining and removal of small haemorrhagic focus; no improvement; removal of part of leg centre after electrical stimulation; improvement. Brit. med. Journ. Nov. 4.

Bloch, Oscar, Præliminar Trakeotomi med Tamponade af Farynx og Aditus laryngis ved Operationer. Hosp.-Tid. 4. R. I. 47.

Bond, J. W., Case of partial excision of larynx for myxochondroma. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 240.

Buck, Albert H., The strongly counter-irritant effects of the usual mastoid operation. Transact. of the Amer. otol. Soc. V. 3. p. 387.

Burger, H., Zur Diagnose d. Kieferhöhleneiterung. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXVII. 11. 1893. — Revue de Laryngol. etc. XV. 1. p. 1. Janv. 1894.

Burnett, Charles H., The surgical treatment of chronic tympanic vertigo, often miscalled Menière's disease. Transact. of the Amer. otol. Soc. V. 3. p. 488.

Collet, Névrome plexiforme [de la face]. Lyon méd. LXXIV. p. 617. Déc.

Crick, L., Plaie transverse du cou intéressant la trachée dans sa totalité; suture de la trachée; guérison. Revue de Laryngol. etc. XIV. 24. p. 1066. Déc.

Crile, George W., Fracture of the base of the skull; recovery. Med. News LXIV. 1. p. 12. Jan. 1894.

Croft, John, Glandular swelling in neck; conversion into a pulsating tumour-like aneurism; ligature of the common and external carotids and of the internal jugular vein; cure. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 167. 1892.

Cryer, M. H., A spiral osteotome for opening the skull in brain-surgery. Med. News LXIV. 1. p. 12. Jan. 1894.

Davies, David Livingstone, Case of fracture of the base of the skull; recovery. Lancet II. 22. p. 1306. Nov.

De Santi, Philip R. W., Haemorrhage following tonsillotomy; its causes and appropriate treatment. Lancet I. 2; Jan. 1894.

Discussion on the treatment of enlarged cervical glands. Brit. med. Journ. Nov. 25.

Discussion on the treatment of cerebral tumours. Brit. med. Journ. Dec. 23.

Dubreuilh, W., Epithélioma de la lèvre consécutif au lupus. Arch. clin. de Bord. II. 12. p. 607. Déc.

Dumont, Fritz, Die circuläre Craniektomie. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 23.

Elder, George, Case of cancrum oris. Edinb.-med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 259.

Eve, Frederic, A case of cicatricial stricture of oesophagus; oesophagotomy for removal of impacted *Symond's* tube; complete division of stricture; no recurrence 2 years after operation. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 11.

Faber, Knud, Papillifere Kystomer i Glandula thyreoidea. Hosp.-Tid. 4. R. I. 42.

Fenn, E., Large congenital meningocele. Brit. med. Journ. Dec. 2. p. 1211.

Finney, J. T. M., 3 cases of removal of Gasserian ganglion. Remarks by *H. M. Thomas*. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. IV. 34. p. 91. Oct.

Fleming, Robert A., A case of cancrum oris with a short critique on the disease. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 251.

Francis, Alfred G., Case of spasmodic torticollis; section of spinal accessory nerve; recovery. Lancet II. 20; Nov.

Gay, George W., Tracheotomy and intubation at the Boston city hospital. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 16. p. 388. Oct.

Greenfield, William S., On some diseases of the thyroid gland. Brit. med. Journ. Dec. 9. — Lancet II. 25. 26; Dec.

Grunert, Carl, Verhalten d. Körpertemperatur nach d. Mastoidoperation. Arch. f. Ohrenhkde. XXXV. 3 u. 4. p. 178.

Grunert, Geheilter Fall von Pyaemia ex otitide; Unterbindung d. Vena jugularis; Durchspülung ihres peripher. Endes u. d. Sinus transversus. Arch. f. Ohrenhkde. XXXVI. 1 u. 2. p. 71.

Guépin et Orrillard, Lipome périostique de la région frontale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 24. p. 645. Nov.—Déc.

Haddon, John, A case of fracture of the skull. Lancet II. 21; Nov.

Hansberg, W., Zur Technik der Trepanation des Schädels b. otit. Hirnabscess. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXV. 1 u. 2. p. 19.

Heath, Christopher, On a bloodless method of removing the tongue. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 177.

Hern, John, The effect of repeated tapping on hydrocephalus. Brit. med. Journ. Nov. 11.

Herzfeld, J., Zur Lehre von d. angeb. Zungentumoren. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 46.

Hübener, Ein Fall von malignem Lymphom [am Hals]. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 3 u. 4. p. 368.

Jayle, Tumeur primaire du corps thyroïde. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 22. p. 572. Oct.—Nov.

Jayle, Sarcome primitif du corps thyroïde. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 23. p. 624. Nov.

Ignatowski, A. S., Ein Fall von Eiterung in d. Schädelknochen u. d. Schädelhöhle nach Erysipel d. Kopfhaut. Chir. Westn. Sept. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 7.

Johnson, Raymond, Lympho-sarcoma of tonsil; removed by external incision, with preliminary ligature of the external carotid artery. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 136.

Johnson, Wm. N., A case of depressed fracture of the skull in a child, with an enormous clot; operation; recovery. Med. News LXIII. 21. p. 577. Nov.

Irving, John, Case of trephining for meningeal haemorrhage. Lancet I. 1. p. 18. Jan. 1894.

Kehr, Hans, Ueber einen Fall von knöchernem Ersatz eines grossen Schädeldefektes nach d. *Müller-König*'schen Methode. Chir. Centr.-Bl. XX. 48.

Köhl, E., Zur Frage der Retention der Sekrete bei Tracheotomirten. Nebst Bemerkungen von *Hagenbach-Burckhardt*. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 2. 1894.

Köhler, A., 2 Kropfoperationen. Berl. klin. Wochenschr. XXX. 48. p. 1173.

Köhler, Max, Fractura maxillae super. complicata. Wien. med. Presse XXXV. 1. 1894.

Körner, H., Eine durch Schussverletzung herbeigeführte Unterkieferfraktur, behandelt mit einer inneren Metallschiene. Münchn. med. Wchnschr. XL. 48.

Kolaczek, Temporäre Schädelresektion. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 44. p. 1083.

Kouzmine, B. J., De la résection dans les ankyloses de la machoire. Revue de Chir. XIII. 12. p. 1044.

Kummer, E., Pathogénie des kystes épithéliaux des maxillaires. Revue méd. de la Suisse rom. XIII. 11. p. 705. Nov.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Lane, W. Arbuthnot, A case of macrocheilia successfully treated by electrolysis. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 223.

Lane, W. Arbuthnot, The applicability of the parting tool or angular gouge to the surgery of the skull. Brit. med. Journ. Nov. 11.

Lindh, Bidrag til Hjerneabscessernes Kasuistik. Hosp.-Tid. 4. R. I. 29. S. 770.

Lund, Herbert, 3 cases of thyroid cysts and adenomata treated by enucleation. Lancet II. 23. p. 1384. Dec.

Macdonald, R. Gordon, Excision of the larynx, hyoid bone, and 5 rings of the trachea, for cancer. Brit. med. Journ. Dec. 30.

Maurel, Pierre, Trépanation de l'apophyse mastoïde; réunion secondaire de la plaie. Revue de Laryngol. etc. XV. 2. p. 33. Janv. 1894.

Miller, A. G., Case of facial neuralgia treated by operation. Edinb. med. Journ. XXXIX. 5. p. 398. Nov.

Monks, George H., Unilateral laryngectomy; a case of excision of the right half of the larynx for carcinoma; recovery; no recurrence at the end of a year. Reprint. from Ann. of Surg. 8. 6 pp.

Montgomery, D. W., An ulcus elevatum of the face. Med. News LXIII. 18. p. 488. Oct.

Murawjew, W., Die graph. Methode als diagnost. Hülfsmittel zur Erkennung d. Schädelgeschwülste. Med. Obosr. 15. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Nixon, F. Alcock, Removal of tumour of the brain. Dubl. Journ. XCVII. p. 71. Jan. 1894.

Osborn, S., A case of fracture of the base of the skull. Lancet II. 24; Dec.

Parkin, Alfred, The treatment of chronic hydrocephalus by basal drainage. Lancet II. 21; Nov.

Péan, Trepanation et localisations cérébrales. Gaz. des Hôp. 137.

Péan, Abcès sous-méningé; ouverture du crâne; guérison. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 47. p. 627. Nov. 28.

Pieniaczek, Nachtrag zur Abhandlung „über d. Laryngofissur auf Grundlage eigener Erfahrung". Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 201.

Pond, Edmund M., Denuded cranium, its treatment by perforation of the external table of the skull and *Thiersch* method of skin grafting. New York med. Record XLIV. 25. p. 772. Dec.

Pooley, Thomas R., A contribution to the brain surgery of ear disease. Transact. of the Amer. otol. Soc. V. 3. p. 439.

Poulsen, Christian, Ueber Abscesse am Halse. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 55.

Pyle, J. S., An operation upon an interesting case of cystic degeneration of the thyroid glands. New York med. Record XLIV. 19. p. 581. Nov.

Quénu, De la résection du nerf maxillaire inférieur dans le crâne. Gaz. des Hôp. 5. 1894.

Ranke, H. von, Intubation u. Tracheotomie, nach d. Ergebniss der von d. deutschen Ges. f. Kinderheilk. veranstalteten Sammelforschung. Münchn. med. Wochenschr. XL. 44.

Reinhold, G., Ein Fall von Oelcyste auf d. linken Schläfenbeinschuppe. Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 127. 1894.

Reverdin, J. L., et F. Buscarlet, Kyste congénital développé à l'extrémité de la pyramide de Lalouette. Revue méd. de la Suisse rom. XIII. 11. 12. p. 715. 761. Nov., Dec.

Richardson, John B., Extirpation of diseased parotid gland. New York med. Record XLIV. 21. p. 671. Nov.

Richardson, M. H., and G. L. Walton, Contribution to the study of cerebral surgery, based on an operation for the removal of a tumor. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. 6. p. 629. Dec.

Riegner, O., Ein Fall von totaler Skalpirung, durch *Thiersch*'sche Hautimplantationen geheilt. Chir. Centr.-Bl. XX. 15.

Roberts, John B., Traumatic epilepsy due to fracture of the skull, treated by excision of bone and neurectomy of both supraorbital nerves. Med. News LXIII. 25. p. 684. Dec.

Robson, A. W. Mayo, Case of epileptiform trigeminal neuralgia treated by *Horsley's* operation for neurectomy of the inferior division of the fifth nerve. Brit. med. Journ. Nov. 18.

Romniciano, Fracture avec enfoncement du pariétal gauche compliquée de plaie; opération; hernie cérébrale secondaire; guérison. Revue des Mal. de l'Enf. XII. p. 26. Janv. 1894.

Sachs, B., The surgical treatment of trigeminal neuralgia. New York Polyclin. Jan. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 22. p. 796.

Saenger, Chirurg. geheilter Fall von Abscess im rechten Schläfenlappen. Deutsche med. Wchnschr. XX. 2. p. 42. 1894.

Scarenzio, A., Chiloplastica inferiore e genoplastica col processo mentoniero di *Blasius*, lateralizzato. Gazz. Lomb. 2. 1894.

Schmiedicke, Zur Casuistik der Basisfrakturen. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIV. 4. p. 296.

Schultén, M. W. af, En metod att ersätta en defekt af ena läppen medelst en brygg-formad lambå från den andra. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 12. S. 859. — Hosp.-Tid. 4. R. I. 29. S. 771.

Siegmund, A., Zur Behandl. d. Angioma arteriale racemosum, besond. d. Kopfes. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 3 u. 4. p. 236.

Söderbaum, B., Om förekomsten af struma inom Gefleborgs och Stora Kopparbergs län. Hygiea LV. 10. S. 416.

Solis-Cohen, J., Multiple papillomata in a child; tracheotomy at 4 years of age; retention of canula 13 years; evulsion of multiple laryngeal and pharyngeal neoplasms; closure of the tracheal fistule by a cutaneous flap; recurrent or repullulant growth at the anterior commissure of the glottis. Med. News LXXIII. 24. p. 664. Dec.

Spear, David Dana, Fracture and injuries to the head. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 12. p. 300. Sept.

Stewart, Henry, Case of compound fracture of the skull. Univers. med. Mag. VI. 2. p. 117. Nov.

Stewart, W. R. H., Circumscribed suppurative meningitis, following middle ear suppuration; trephining; recovery. Brit. med. Journ. Dec. 16. p. 1323.

Stimson, Lewis A., Depressed fractures of the skull. New York med. Record XLIV. 25. p. 777. Dec.

Sutton, J. Bland, Odontomes. Lancet II. 25. p. 1539. Dec.

Swann, Alfred, Case of odontoma of the lower jaw; removal. Lancet II. 24; Dec.

Symonds, C. J., On some varieties of bronchocele. Lancet II. 19; Nov.

Tillaux, Luxations du maxillaire inférieur. Gaz. des Hôp. 140.

Tillmanns, H., Ueber d. operative Behandlung von Gehirnkrankheiten. Schmidt's Jahrbb. CCXL. p. 274.

Traumann, H., a) Schussverletzung d. N. vagus unter d. Schädelbasis. — b) Stichverletzung d. N. hypoglossus u. N. accessorius Willisii unter d. Schädelbasis. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 161. 167.

Tschernomor-Sadernowsky, F., Die operativen Eingriffe zur Heilung d. chron. Hydrocephalus bei Kindern. Wratsch 32—35. 39. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 8.

Verneuil, Quelques considérations sur l'extirpation des tumeurs intrabuccales. Gaz. des Hôp. 141.

Vickery, W. H., Septic thrombosis of the lateral sinus; operation; recovery. Brit. med. Journ. Nov. 25.

Virzi, B., ed A. Albanese, a) Microcefalia

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

congenita; craniectomia bilaterale; guarigione dall'operazione. — b) Angioma della guancia; applicazione del setaceum candens; guarigione. Rif. med. IX. 277. p. 615. 616.

Virzi, B., ed A. Albanese, Gozzo parechimatoso; estirpazione; guarigione. Rif. med. IX. 278. p. 627.

Walther, H., Ueber einen Fall von complicirter Schädelfraktur. Bad. ärztl. Mittheil. XLVII. 23.

Weill, E., Les traumatismes légers de la tête chez l'enfant. Lyon méd. LXXIV. p. 397. Nov.

Werner, Herm., Retropharyngealabscess. Memorabilien XXXVII. 9. p. 523.

Westlake, Albert, Correction of deformities of the oral region. New York med. Record XLIV. 21. p. 644. Nov.

Willems, Traumat. Epilepsie, geheilt durch Trepanation. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 51. p. 1362.

Zaufal, E., Demonstration zweier durch Trepanation geheilten Fälle von Pachymeningitis suppurativa externa. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 45.

Zeller, Ein Fall von schwerer Hirncontusion ohne Schädelverletzung. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 5 u. 6. p. 540.

Ziem, C., Nochmals d. Durchleuchtung d. Kiefer- u. Stirnhöhle. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXVII. 12.

S. a. II. Coues, Fano. III. Letulle. IV. 2. Bayliss, Laborde, Ryle, Scudder; 3. Osler; 8. *Basedow'sche Krankheit*, Giffen, Hopmann, Idzinski, Köhl, Leichtenstern. V. 1. Billroth; 2. c. Brewis. IX. Page. X. *Operationen u. Verletzungen am Auge.* XI. Knapp, Liebe, Moos, Tsagyroglous. XIII. 2. Mangin. XVI. Seydel, Siehe. XVIII. Ellinger. XX. Chipault.

b) Wirbelsäule.

Bidder, Alfred, Eine einfache elast. Pelottenbandage gegen Skoliose u. einige Bemerkungen zu diesem Leiden. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 52.

Bramwell, Byrom, Concussion of the spine, more especially in its relationship with railway accidents and injuries. Brit. med. Journ. Nov. 18.

Burr, Charles W., The spinal cord in Pott's disease. Med. News LXIII. 20. p. 539. Nov.

Chipault, A., L'ostéoplastie rachidienne. Gaz. des Hôp. 121.

Chipault, A., Etudes de chirurgie médullaire. Paris. Félix Alcan. 8. VI et 403 pp. 14 Mk. 20 Pf.

Detweiler, B. H., The surgical treatment of injuries of the spine. Therap. Gaz. 3. S. IX. 12. p. 800. Dec.

Dunlop, Andrew, A case of disease affecting the cervical and lumbar vertebrae. Lancet II. 23; Dec.

Ehlisch, Ein Fall von Stichverletzung d. Rückenmarks. Wien. klin. Wchnschr. VI. 50.

Frölich, H., Ueber Schiefwuchs (Skoliosis). Münchener med. Wchnschr. XL. 44. 45.

Gendron, F., Scoliose symptomatique d'un mal de Pott; orthopédie. Ann. de la Policlin. de Bord. III. 3. p. 61. Nov.

Holmes, A. M., A case of dislocation of the fourth cervical vertebra without fracture. Med. News LXIII. 18. p. 477. Oct.

James, Alexander, Clinical lecture on a case of spinal injury. Edinb. med. Journ. XXXIX. 7. p. 622. Jan. 1894.

Krug, W., Ueber Rückgratsverkrümmungen der Schulkinder. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 2. p. 145. 1894.

Legg, Cyrus, Case of rotatory dislocation between the atlas and axis; recovery. Lancet II. 23. p. 1382. Dec.

Milliken, Samuel E., Immobilization versus extension in the application of the plaster-of-Paris jacket. New York med. Record XLIV. 27. p. 847. Dec.

Mitchell, S. Weir, 3 cases of remarkable spinal anterior curvature with mental aberration. Med. News LXIII. 24. p. 656. Dec.

Morian, Richard, Ueber d. akute Osteomyelitis d. Wirbel. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 48.

Schede, Max, Ein verbesserter Skoliosenapparat. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 3. p. 483.

Shimwell, Benjamin T., The treatment of lumbar caries. Med. News LXIII. 17. p. 462. Oct.

Souques, A., Kystes hydatiques du canal rhachidien. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 23. p. 609. Nov.

Teschner, Jacob, Observations on the rotatory lateral curvature of the spine. New York med. Record XLIV. 25. p. 774. Dec.

Walton, G. L., Reduction of cervical dislocation. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 23. p. 553. Dec.

Whitelocke, R. Henry Anglin, The detachment of the epiphysis for the anterior inferior spinous process of the ileum through enforced muscular action. Lancet II. 22; Nov.

S. a. II. Macalister, Woerz. IV. 8. Friedeberg, Herhold, Johnson, Lloyd, Manley, Patrick, Sachs, Sinkler. VI. Neugebauer.

c) Bauch, Brust und Becken.

Albert, E., Eine neue Methode d. Jejunostomie. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 2. 1894.

Allingham, Herbert, Intestinal obstruction of 6 week's duration; inguinal colotomy; removal of malignant growth from the inguinal incision; recovery. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 140.

Allingham, Herbert, Gastro-enterostomy for cancer of pyloric and of stomach. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 158.

Alm, R. O., Fall af ileus. Eira XVII. 19.

Andrew, J. Grant, Traumatic rupture of stomach. Glasgow med. Journ. XLI. 1. p. 49. Jan. 1894.

Arnd, Ueber d. Durchlässigkeit d. Darmwand eingeklemmter Brüche f. Mikroorganismen. [Mitth. a. Klin. u. med. Inst. d. Schweiz I. 4.] Basel u. Leipzig. Carl Sallmann. Gr. 8. S. 395—427. 1 Mk.

Atgier, E., Hépatite paludique suppurée, opérée in extremis, guérie en 15 jours. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXII. 11. p. 426. Nov.

Balloch, Edward A., Precision in the diagnosis of intra-abdominal disease. Med. News LXIII. 19. p. 516. Nov.

Basler, W., Eine Darmperforation mit Vortäuschung eines eingeklemmten Bruches. Bad. ärztl. Mittheil. XLVII. 18.

Battle, William H., Extroversion of Meckel's diverticulum. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 237.

Beck, Carl, Empyem u. seine Behandlung. New Yorker med. Mon.-Schr. V. 10. p. 365.

Benham, F. Lucas, A case of psoas abscess, fatal through renal complications. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 172.

Bénoit, A., Tuberculose locale chronique de la région iléo-coecale; étude anatomo-pathologique, clinique et chirurgicale. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 105 pp.

Berg, John, Om lefverresektion. Hygiea LV. 12. S. 590.

Berger, Paul, 2 observations de hernies ombilicales congénitales de la période embryonnaire. Revue de Chir. XII. 10. p. 797.

Berndt, Fritz, Casuist. Beitrag zur Bauchchirurgie. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 144.

Bertram, Hermann, Bericht über d. in d. letzten 10 Jahren in d. allgem. Krankenhäusern zu Hamburg behandelten penetrirenden Bauchschusswunden. Jena. Frommann'sche Hof-Buchdr. 8. 39 S.

Binaud, J. W., Kystes hydatiques de la région rétro-vésicale et de l'épiploon; laparotomie; marsupialisation et drainage de la poche kystique rétro-vésicale; guérison. Arch. clin. de Bord. II. 12. p. 602. Déc.

Boiffin, A., Du traitement chirurgical des tumeurs de l'intestin, anus contre nature et entéro-anastomose. Revue de Chir. XIII. 11. p. 928.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Bowley, Cholecystotomy for empyema of the gall-bladder with impacted calculi. Lancet I. 1. p. 20. Jan. 1894.

Brewis, N. T., On parotitis following operations on the abdomino-pelvic organs. Edinb. med. Journ. XXXIX. 5. p. 423. Nov.

Broca, A., Ostéomyélite costale à bacille d'Eberth. Mercredi méd. 51.

Brown, George S., Cholecystotomie necessitated by obstruction of the cystic duct. Med. News LXIII. 19. p. 519. Nov.

Brown, W. H., A case of intestinal obstruction accompanied by thrombus in the abdominal aorta extending down the iliac vessels. Clin. Soc. Transact. XXVI. p. 1.

Bruns, P., Die Omphalektomie b. d. Radikaloperation d. Nabelbrüche. Chir. Centr.-Bl. XXI. 1. 1894.

Buchholz, J., Indeklemning og Axedrejning af Tyndtarmen (ileum). Norsk Mag. f. Lägevidensk. S. 77.

Burckhardt, H. v., Die chirurg. Behandlung d. Perityphlitis. Württemb. Corr.-Bl. LXIII. 34. 35.

Buschke, Zur Casuistik der präperitonäalen Lipome. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVIII. 3 u. 4. p. 231.

Caird, Francis M., Notes on a case of gastrostomy, and on hypodermic alimentation. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 249.

Carr, J. Walter, A case of double empyema; simultaneous drainage of the pleural cavities; recovery. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 29.

Cartledge, A. M., Cicatricial stricture of the pylorus; pyloroplasty. Amer. Pract. and News XVI. 8. p. 292. Oct.

Catheart, Charles W., Note on quenching of thirst after abdominal operations. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 262.

Cazenave, Tumeur fibro-kystique volumineuse développé dans le tissu cellulaire sous-péritonéale de la cavité pelvienne et de la fosse iliaque gauche; énucléation sans hémorrhagie appréciable; rapports vasculaires avec l'utérus; résection et suture de la séreuse; drainage sous-péritonéale de la cavité pelvienne. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 24. p. 629. Nov.—Déc.

Chiari, H., Ueber einen Fall von Selbstverletzung d. Darmes b. einem Geisteskranken. Prag. med. Wochenschr. XIX. 1. 1894.

Clarke, W. Bruce, A case of excision of the coecum, in which 2 ends of the divided bowel were successfully united by a continuous silk suture. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 200.

Clutton, H. H., A case of traumatic aneurysm of the external iliac artery in a boy 6 years of age. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 7.

Delbet, P., et A. Mouchet, Rectite hypertrophique proliférante et sténosante. Arch. gén. p. 513. 668. Nov., Déc.

De Sanctis, L., e L. Feliciani, Ferita da taglio del polmone. Rif. med. X. 9. 1894.

Dickinson, W. Lee, and Warrington Haward, A case of perforating gastric ulcer treated by abdominal section. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 179.

Discussion on the radical cure of hernia. Brit. med. Journ. Nov. 11.

Duncan, John, On the surgical treatment of gall-stones. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 169.

Duncan, John, The operation for inflammation of the appendix vermiformis. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 227.

Dunin, Th., Ueber d. Gastroenterostomie b. narbiger Verengerung d. Pylorus. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 3. 1894.

Du Pasquier, Ch., et Jolly, Epithélioma ulcéré du sein gauche; fracture spontanée du fémur; généralisation aux méninges; épilepsie jacksonienne; mort; autopsie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 24. p. 645. Nov.—Déc.

Edmunds, Walter, Complete prolapse of the rectum; amputation. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. p. 580. Nov.

Finney, Multiple herniae. Bull. of the John's Hopkins Hosp. IV. 34. p. 99. Oct.

Flügge, Gust., Ueber Darmresektion b. gangränösen Hernien u. b. Anus praeternaturalis. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 45 S. 1 Mk.

Fowler, George Ryerson, A case of thoracoplasty for the removal of a large cicatricial fibrous growth from the interior of the chest, the result of an old empyema. New York med. Record XLIV. 27. p. 838. Dec.

Froelich, R., Contribution à l'étude du mécanisme de l'étranglement herniaire. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 50.

Gersuny, R., Eine Methode d. Radikaloperation grosser Nabelhernien. Chir. Centr.-Bl. XX. 43.

Gersuny, Robert, Aphoristisches über Darmchirurgie. Wien. med. Presse XXXV. 4. 1894.

Gibb, W. F., Case in which the operation of cholecystotomy had been performed for biliary calculi. Glasgow med. Journ. XL. 5. p. 380. Nov.

Grant, H. Horace, Intestinal anastomosis by a new device. Amer. Pract. and News XVI. 8. p. 289. Oct.

Gussenbauer, Carl, Zur Casuistik d. Pankreascysten. Prag. med. Wchnschr. XIX. 2. 1894.

Hale, C. D. B., A case of diaphragmatic hernia, in which death was caused by vomiting. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 105.

Harder, Die manuelle Reposition von Darminvaginationen durch Massage. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 49.

Hartmann, H., Contribution à l'étude des inflammations de la région anale. 1. Note sur le rôle du bacterium coli dans certaines affections de l'anus. — 2. Nouvelle contribution à l'étude du rôle du bacterium coli dans les affections de la région ano-rectale. — 3. Note sur l'anatomie pathologique et le traitement des abcès de la fosse ischio-rectale. Paris. Steinheil. Gr. 8. 20 pp.

Hartmann, Henri, et Emile Lieffring, Nouvelle contribution à l'étude des lésions inflammatoires de la région anale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 20. p. 517. Juillet—Oct.

Haslam, William F., Some points in the surgical treatment of simple ulcer of the stomach. Brit. med. Journ. Nov. 11.

Hassler, Gynécomastie; mastite chronique. Lyon méd. LXXIV. p. 552. Déc.

Howe, O. T., An extensive injury to the chest. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 18. p. 441. Nov.

Howitz, Hvilket Suturmateriale og hvilken Suturmetode har vist sig bedst ved Forening af Laparotomisaar? Hosp.-Tid. 4. R. I. 28. S. 756.

Hulke, J. W., A case of pancreatic cyst; exploratory laparotomy; enucleation impracticable; death from shock. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 36.

Hurd, E. P., Cholecystotomy followed by cholecystenterostomy. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 16. p. 392. Oct.

Jakowlew, M. P., Exstirpation der Milz wegen einer bluthaltigen cyst. Geschwulst. Chir. Ljetop. III. 4. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Jamieson, Alexander, *Thomas's* operation for benign tumours of the female breast. Brit. med. Journ. Dec. 2.

Jayle et Desfosses, De l'utilité de l'entéro-anastomose après la gastro-entérostomie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 20. p. 520. Juillet—Oct.

Jayle et Raffray; Pneumonie; abcès du poumon; pneumotomie; mort. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 24. p. 627. Nov.—Déc.

Kaarsberg, Hans S., Laparotomi. Hosp.-Tid. 4. R. I. 45.

Kiwull, E., Zur Casuistik d. Laparotomie b. Vol-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

vulus d. Flexura sigmoidea. Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 49.

Klemm, Paul, Indikationen zur Operation der Perityphlitis. Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 46.

Knaggs, R. Lawford, The condition seen at an operation for ventral hernia, 5½ years after laparotomy for tubercular peritonitis. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 18.

Kob, Philip, Auch ein Beitrag zur Casuistik der eingeklemmten Netzbrüche. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 47.

Kocher, Th., Zur Technik u. zu d. Erfolgen d. Magenresektion. Schweiz. Corr.-Bl. XXIII. 20. 21.

Kölliker, Th., Ueber Radikaloperationen d. Leistenhernien. Schmidt's Jahrbb. CCXL. p. 271.

Körte, W., Wandermilz, Stieldrehung u. consekut. Darmverschluss. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 45. p. 1129.

Körte, W., Operativ geheilte eitrige Peritonitis. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 45. p. 1131.

Krüger, C., Ueber d. Tuberkulose d. Rippen u. d. Brustbeins. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 59 S. 1 Mk. 20 Pf.

Kurz, Edgar, 4 Laparotomien b. chron. Peritonitis. Wien. med. Presse XXXV. 3. 1894.

Kusmin, W. J., Ein Fall von Leberhernie (Hernia hepatica). Berl. klin. Wchnschr. XXX. 44.

Lane, W. Arbuthnot, A case illustrating a more effectual method of removing a cancerous breast, limphatics, and glands. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 85.

Launay, P., Epithélioma intra-canaliculaire de la glande mammaire. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 21. p. 546. Oct.

Leech, Priestley, Gangrenous abscess of the lung; operation; recovery. Lancet I. 2; Jan. 1894.

Lemariey, Appendicite, abcès iliaque avec fusée purulente dans la paroi scrotale, pleurésie séro-purulente. Gaz. des Hôp. 139.

Lennander, K. G., Om appendicit, med redogörelse för 68 fall, som operats å kirurgiska kliniken i Upsala, sept. 1888—Juli 1893. Nord. med. ark. N. F. III. 5. Nr. 27.

Llobet, A. F., 8 cas de kystes hydatiques de l'abdomen, traités par l'incision et le drainage. Revue de Chir. XIII. 10. p. 860.

Lockwood, C. B., The radical cure of femoral and inguinal hernia. Lancet II. 22; Nov.

Loumeau, E., Les blessures de la vessie pendant la laparotomie. Ann. de la Policlin. de Bord. III. 3. p. 73. Nov.

Lumniczer, Joseph, Beiträge zur Symptomatologie d. Verletzungen d. Herzens u. Herzbeutels. Ungar. Arch. f. Med. II. 2. p. 135.

Lyncker, Brucheinklemmung u. Aetherbehandlung. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte IX. p. 274. Dec.

Makins, G. H., A note on the prognosis in cases of sacro-iliac disease. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 127.

Maragliano, E., La cura operativa degli essudati pleurici. Rif. med. IX. 249. 250.

Marcy, H. O., Removal of 4 inches of the rectum for cancer; anastomosis by means of the Murphy button. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 23. p. 561. Dec.

Martig, W., Beiträge zur Chirurgie d. Gallenwege. [Mittheil. a. Klin. u. med. Inst. d. Schweiz I. 3.] Basel u. Leipzig. Carl Sallmann. Gr. 8. S. 243—391. 3 Mk.

Mettenheimer, C., Ueber ein diagnostisches Hülfsmittel b. Neoplasmen d. Abdomen. Memorabilien XXXVIII. 9. p. 513.

Morison, J. Rutherford, Some mistakes in the technique of abdominal surgery. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 175.

Morison, Rutherford, A new and easy method of performing intestinal resection. Brit. med. Journ. Nov. 11.

Morison, Rutherford, Notes on cases with specimens of gastro-enterostomy and pylorectomy. Brit. med. Journ. Nov. 25.

Mouchet, A., Sarcome pur fasciculé de la mamelle. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 21. p. 545. Oct.

Müller, W., Eine Thoraxwand-Lungenresection mit günst. Verlaufe. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 41.

Neve, Arthur, Strangulated hernia; injury to the bowel; operation; recovery. Lancet II. 19. p. 1127. Nov.

Niebergall, Die Verletzung der Vena femoralis communis am Poupart'schen Bande, ihre Folgen u. ihre Behandlung. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 3 u. 4. p. 368.

Niles, H. D., Gastrostomy in stricture of the oesophagus. New York med. Record XLIV. 23. p. 714. Dec.

Nimier, H., Des blessures de l'intestin par coup de pied de cheval. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXII. 11. p. 432. Nov.

Nimier, H., Notes sur la chirurgie du pancréas. Tumeurs solides du pancréas. Revue de Chir. XIII. 12. p. 1007.

O'Hagan, P. F., Empyema as a sequel to influenza. Brit. med. Journ. Nov. 18. p. 1099.

Osler, William, Case of pericarditis treated by incision and drainage. Univers. med. Mag. VI. 4. p. 248. Jan. 1894.

Page, H. W., Gangrenous hernia; a case of primary and one of secondary resection of intestine. Lancet I. 2. p. 90. Jan. 1894.

Pauchet, Kystes hydatiques multiples du thorax et de l'abdomen. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 23. p. 604. Nov.

Paul, F. T., Gastrostomy in one stage. Lancet II. 26; Dec.

Penrose, F. G., Cases of abscess beneath the diaphragm in connection with perforating gastric ulcer. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 72.

Perman, E. S., Till den kirurgiska behandlingen af pylorusstenos. Nord. med. ark. N. F. III. 4. Nr. 21.

Pilliet, A. H., Cysto-sarcome papillaire du sein. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 19. p. 506. Juillet.

Porter, Miles F., A contribution to the study of the treatment of appendicitis; with a tabulation of 448 cases. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. 6. p. 649. Dec.

Power, D'Arcy, A case of peritonitis with effusion treated by laparotomy. Lancet II. 26; Dec.

Quénu, La cure radicale de la hernie ombilicale. Gaz. de Par. 51.

Quinn, W. A., A case of suppurative peritonitis; laparotomy. Amer. Pract. and News XVI. 6. p. 215. Sept.

Ravanier, Mammite chronique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 24. p. 649. Nov.—Dec.

Reboul, J., Kyste hydatique multiloculaire primitif de la plèvre droite; ouverture large avec résection costale et drainage; guérison. Gaz. des Hôp. 131.

Reclus, P., Des avantages de l'entérostomie biliaire dans le cancer de la tête du pancréas avec obstruction du canal cholédoque. Semaine méd. XIII. 72.

Richardson, Maurice H., A contribution to the surgery of the gall bladder. Ann. of Surg. Oct.

Richardson, Maurice H., Some abdominal operations. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 20. p. 491. Nov.

Roberts, John B., Strangulated Littre's hernia at the femoral ring, followed by sloughing of the intestine, with extrusion of a scybalous mass which became encapsulated. Med. News LXIII. 17. p. 460. Oct.

Roberts, John B., Burrowing abscesses of the abdominal wall and pelvis due to ulcerative appendicitis, treated by removal of the appendix and drainage. Med. News LXIII. 25. p. 686. Dec.

Robinson, F. Byron, Sacro-pubic hernia. Amer. Pract. and News XVI. 9. p. 333. Nov.

Robson, Mayo, A case of ulcerative colitis treated

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

by inguinal colotomy and local treatment of the ulcerated surfaces, with subsequent closure of the artificial anus. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 213.

Robson, A. W. Mayo, Abdominal section in pyloric adhesions. Lancet II. 18. p. 1090. Oct.

Robson, A. W. Mayo, 2 cases of pylorectomy and one of jejunostomy, with remarks, and with a suggested modification of the former operation. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 407. 1892.

Romme, R., La chirurgie de l'estomac. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 47.

Roper, Arthur, and W. Arbuthnot Lane, Excision of cancerous stricture of the small intestine, from a case of complete obstruction of 17 days duration. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 40.

Rose, Willlam, Hydatid cyst of the anterior mediastinum, perforating the thoracic walls. Lancet II. 22. p. 1308. Nov.

Routh, R. Henry F., 2 cases of empyema treated by repeated aspiration, recovery. Lancet II. 18. p. 1061. Oct.

Rupprecht, Bericht über d. in d. 10jähr. Zeitraume vom 1. Juli 1882 bis 1. Juli 1892 in d. Diakonissenanstalt beobachteten Erkrankungen d. Brustdrüse. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 106.

Schmid-Monnard, Ueber Laparotomie b. Mesenterialtuberkulose. Münchn. med. Wchnschr. XL. 49.

Schmidt, Meinhard, Zur Behandlung d. acetabulär-ostitischen Beckenabscesse. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 4. p. 855.

Sébileau, Pierre, Etablir un anus contre nature. Gaz. de Par. 51. 52.

Sendler, Paul, Zur Casuistik d. Coecumresektion. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 1. 1894.

Smith, W. Ramsay, A case of acquired umbilical faecal fistula. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 42.

Snow, Herbert, Breast carcinoma with myeloids; excision followed by 2 recurrences; cure. Brit. med. Journ. Jan. 13. p. 62. 1894.

Souligoux, Espaces intercostaux et abcès froids des parois thoraciques. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 20. p. 518. Juillet—Oct.

Spencer, Walter G., A case of sinus in left loin communicating with an abscess in the posterior mediastinum. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 226.

Ssokolow, N. A., Ein Fall von multiplem Echinococcus d. Bauchhöhle. Chir. Westn. Sept. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Sutton, J. Bland, A case of axial rotation of a wandering spleen; splenectomy; recovery. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 46.

Swann, Alfred, On acute intestinal obstruction relieved by abdominal taxis. Lancet II. 18; Oct.

Talmey, B. S., A case of ileus cured by laparotomy. New York med. Record XLIV. 20. p. 622. Nov.

Tariel, Perforation traumatique du rectum. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 23. p. 603. Nov.

Törngren, Fall af tarmocklusion, förorsakadt af ett uterusmyom. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 11. S. 831.

Trognon, Ch., La gastro-entérostomie en France et ses résultats. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 78 pp.

Trzebicky, Rudolf, Zur Technik d. Herniotomie. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 45.

Verrall, Intussusception; laparotomy; recovery. Brit. med. Journ. Dec. 23. p. 1375.

Vizzi, B., ed A. Albanese, a) Ciste d'echinococco del fegato; operazione; guarigione. — b) Oscheocele epiploico congenito destro; operazione radicale. Rif. med. IX. 278. p. 628. 269.

Walsh, John E., Celiotomy for abscess of the pancreas. Med. News LXIII. 27. p. 737. Dec.

Warnek, L. N., Zur Frage von d. Heilwirkung d. Laparotomie b. Peritonäaltuberkulose. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 50.

Weir, F., Cholecystenterostomy by Murphy's button. New York med. Record XLIV. 26. p. 801. Dec.

Wichmann, J. V., Om Tarminvagination. Kjöbenhavn. A. F. Höst og Sön. 8. 171 S.

Wilson, Arthur H., Pistol-shot wound of the stomach; operation; recovery. Brit. med. Journ. Jan. 13. p. 63. 1894.

S. a. II. Hasse, Hepburn, Langerhans, Sébileau, Seidler, Tichow, Woerz. III. Cattle, Féré, Frank, Kischensky, Rindfleisch, Wullstein; 3. Aufrecht, Nikitin, Tubenthal; 4. O'Sullivan. V. 2. d. Gould, Poncet. VI. *Operationen an d. weibl. Genitalien.* VII. *Geburtshülfl. Operationen.* VIII. Lane. XIII. 2. Stewart.

d) Harnorgane und männl. Geschlechtsorgane.

Albert, E., Die Blasennaht u. d. Sectio alta. Wien. med. Presse XXXV. 1. 2. 1894.

Aldibert, De la chirurgie du rein chez l'enfant. Revue des Mal. de l'Enf. XI. p. 495. Nov.

Aquino, Thos. H., The tolerance of the Indian bladder. Lancet II. 27. p. 1653. Dec.

Audry, Ch., Adénome inopérable de la vessie. Mercredi méd. 44.

Bartet, Albéric Joseph Alfred Louis, Du traitement médical et chirurgical du rein flottant et de ses complications, de l'intervention par la néphropéxie en particulier. Thèse. Bordeaux. Impr. Coussau et Coustalat. 4. 109 pp. 6 Mk.

Baughman, J. A., Complete denudation of the testicle; recovery. New York med. Record XLIV. 24. p. 751. Dec.

Berg, Georg, Ausheilung einer in Abscedirung übergegangenen Epididymitis mit völliger Erhaltung d. Organs. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVII. 12. p. 615.

Borella, Pio, Ascesso prostatico acuto peri-uretrale. Gazz. degli Ospit. XIV. 154.

Brewis, N. T., Note of a case of vesico-rectal fistula. Edinb. med. Journ. XXXIX. 6. p. 527. Dec.

Brik, Jos. H., Fremdkörper d. Urethra. — Urethrale Lithotripsie. Wien. med. Presse XXXIV. 45.

Brik, Jos. H., Urolog. Mittheilungen: Fremdkörper in d. Blase; abgebrochener Katheter; Cystoskopie; Extraktion auf natürl. Wege. Wien. med. Presse XXXV. 1. 1894.

Brown, James, Catheterization of the male ureters. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. IV. 33. p. 73. Sept.

Browne, G. Buckston, The surgery of stone in the bladder. Lancet I. 1. p. 62. Jan. 1894.

Bryant, Thomas, Case of torsion of the spermatic cord, with strangulation of the epididymis and testicle in an incompletely descended organ. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 247. 1892.

Bullock, Thomas S., Urethral growths. Amer. Pract. and News XVI. 7. p. 263. Oct.

Chaput, De l'abouchement des urétères dans l'intestin. Arch. gén. p. 5. Janv. 1894.

Cocram, H. S., A remarkably distended bladder. Med. News LXIII. 26. p. 633. Dec.

Coignet, L. Ph., De l'uréthrostomie périnéale. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 70 pp.

Condamin, R., Fistule urétérale; néphrectomie; guérison. Lyon méd. LXXIV. p. 341. Nov.

Cotterell, Edward, Nephrectomy for hydronephrosis. Lancet II. 21. p. 1281. Nov.

Day, Donald D., A case of nephrolithotomy. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 24.

Dennys, W. P., The operation of litholapaxy for stone in the bladder. Lancet II. 24; Dec.

Diday, P., Où, quand et comment ouvrir la vessie chez les prostatiques. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 48.

Drake-Brockman, H. E., A case of ectopia

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

vesicae treated by *Trendelenburg's* operation. Brit. med. Journ. Oct. 21. p. 890.

Duplay, De l'hydro-épiplocèle. Semaine méd. XIII. 66.

Finlay, W. A., Notes of a case of ruptured kidney, with recovery after lumbar incision and drainage. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 289.

Gould, A. Parce; A case of dermoid cyst of the spermatic cord simulating hernia; operation; recovery. Lancet II. 19. p. 1126. Nov.

Griffiths, Joseph, Observations of the appendix of the testicle, and on the cysts of the epididymis, the vasa efferentia and the rete testis. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 1. p. 107. Oct.

Guépin, A., Des faux rétrécissements de l'urèthre. Gaz. de Par. 2. 1894.

Guillemot, G., Note sur 2 cas urgents de cystostomie sus-pubienne pratiqués à la campagne. Lyon méd. LXXIV. p. 361. Nov.

Habs, Rud., Zur Casuistik d. Sectio alta u. mediana. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 1.

Israel, J., Beiträge zur chirurg. Nierenpathologie. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 43. p. 1047.

Kelly, H. A., Uretero-ureteral anastomosis. Remarks by *J. C. Bloodgood*. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. IV. 34. p. 89. Oct.

Koehler, A., Zur operativen Behandl. d. Varicocele. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 50.

Kraft, Ludv., Den traumatiske intraperitoneale Bläreruptur. Bibl. f. Läger 8.

Lang, Eduard, Weitere Erfahrungen über elektrolyt. Behandl. von Strikturen d. Harnröhre. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 43. 44.

Lauenstein, C., Zur Frage d. Torsion d. Hodens. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 1. p. 16. 1894.

Lindfors, A. O., Om Nytten af höjt Bläresnit for Anläggelsen af permanent Urinfistel ved impermeable Urinrörstrikturer. Hosp.-Tid. 4. R. I. 29. S. 778.

Lohnstein, H., Zur Diagnostik der Urethritis posterior. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 44.

Lohnstein, H., Ueber mechan. Behandlungsweisen d. chron. infiltrirenden Urethritis. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 46. 47.

Loumeau, E., Chirurgie des voies urinaires. Bordeaux. Feret el fils. 8. VII et 300 pp. avec 5 pl.

Loumeau, E., Sur 2 cas de rétrécissement cicatriciel de l'urètre. Ann. de la Policlin. de Bord. III. 4. p. 102. Janv. 1894.

Mac Munn, James, Blennorrhagic urethral stricture in a young subject. Brit. med. Journ. Jan. 6. p. 13. 1894.

Martin, E., Die Anlegung der Blasenbauchfistel nach *Witzel* an Stelle d. hohen Blasenschnittes. Chir. Centr.-Bl. XX. 47.

Melville, H. G., A fatal case of lithotrity; death from rupture of the bladder. Edinb. med. Journ. XXXIX. 7. p. 603. Jan. 1894.

Mettenheimer, C., Atherom d. Praeputium im kindl. Alter. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 101.

Miller, A. G., A new instrument for the treatment of difficult strictures of the urethra. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 286.

Myles, On the treatment of urinary fistula. Dubl. Journ. XCVII. p. 72. Jan. 1894.

Neumann, Zur Behandl. d. Hydrocele. Fortschr. d. Med. XI. 20. p. 818.

Nicoll, James H., The present position of the cystoscope in surgical practice. Glasgow med. Journ. XL. 6. p. 418. 455. Dec.

Norman, Conolly, Adenoma of the kidney in the adult. Dubl. Journ. XCVI. p. 273. Oct.

Owen, Edmund, A case of axial rotation of the testis. Lancet II. 21. p. 1247. Nov.

Page, 4 consecutive cases of nephrectomy, one of which was complicated by ovariotomy. Lancet II. 20. p. 1187. Nov.

Parker, Robert William, On the relative merits of a vertical and of a transverse incision in suprapubic cystotomy. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 88.

Phélip, D'un moyen nouveau de courber sur place l'extrémité des sondes françaises en gomme arrêtée contre la prostate. De quelques essais exposés incidemment, de mise instantanée et sans mandrin en courbure fixe des sondes françaises en gomme. Lyon méd. LXXIV. p. 265. Oct.

Poncet, A., Manuel opératoire de la cystotomie sus-pubienne. Cysto-drainage hypogastrique. Semaine méd. XIII. 71.

Poncet, A., Adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer du testicule. Lyon méd. LXXIV. p. 605. 614. Déc.

Powell, Arthur, Atrophy of prostate after castration. Brit. med. Journ. Nov. 18. p. 1099.

Prochnow, Josef, Ueber Fremdkörper in der Harnröhre u. Blase. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 48. 49.

Ransom, W. L., A cystic tumor of the bladder in a stillborn child. Med. News LXIII. 20. p. 547. Nov.

Reymond, E., Rein fixé depuis 4 ans. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 22. p. 576. Oct.—Déc.

Rochet, Des indications opératoires que présentent certaines tumeurs abdominales ayant comprimé les uretères et déterminé des lésions rénales. Gaz. des Hôp. 147.

Rodsewitsch, G. J., Die Steinkrankheit im Wolgagebiet. Chir. Westn. Aug., Sept. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 7.

Rollet, Etienne, Nouvelle indication de la cystostomie sus-pubienne, son application aux rétrécissements uréthraux. Lyon méd. LXXIV. p. 262. Oct.

Routh, Amand, Phosphatic calculus and bodkin nucleus. Obstetr. Soc. Transact. XXXV. p. 240.

Rovsing, Thorkild, De kirurgiske Nyrebetändelser. Hosp.-Tid. 4. R. I. 47—50.

Sherman, Frank M., A case of litholapaxy. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 13. p. 324. Sept.

Smith, Charles J., Stricture of the urethra treated by water pressure. Lancet I. 2; Jan. 1894.

Southam, E. A., On suprapubic cystotomy. Brit. med. Journ. Jan. 13. 1894.

Stewart, R. W., Rupture of the male urethra. Med. News LXIII. 16. p. 428. Oct.

Stockton, Charles S., Cystitis. Med. News LXIII. 24. p. 659. Dec.

Stokes, F. W., Chronic diseases of the urethra and prostate, with special reference tho their treatment by irrigation. London. Klimpton. 8. 50 pp. 1 Sh.

Tait, Lawson, A case of nephrorrhaphy. Lancet II. 21. p. 1281. Nov.

Thompson, Henry, Introduction to the catalogue of the collection of calculi of the bladder upwards of 1000 in number removed by operation. London. Churchill. 8. 38 pp. 2 Sh. 6 P.

Tillaux, De l'épispadias. Gaz. des Hôp. 124.

Trnka, Ueber eine neue operative Behandlung der Phimose. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 51.

Ultzmann, Robert, Vorlesungen über Krankheiten d. Harnorgane. Mitgetheilt u. bearb. von *J. H. Brik*. 1. Heft. 2. Aufl. Wien. M. Breitenstein. Gr. 8. 38 S. 1 Mk. 50 Pf.

Verneuil, Hémorrhagies dans l'opération de la castration. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 45. 46.

Villegente, A. de, Calcul vésical volumineux chez un jeune soldat; taille hypogastrique; guérison. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXII. 11. p. 422. Nov.

Wagner, Paul, Abriss d. Nieren-Chirurgie. Leipzig. Ambr. Abel (Arthur Meiner). 8. VIII u. 244 S. 5 Mk.

Wallace, David, Cystoscopy in relation to tumours of the bladder. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 28.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Warholm, R., Fall af excentriskt myom i främre blåsväggen. Hygiea LV. 10. S. 323.

Weller van Hook, 2 prostatectomies. Med. News LXIII. 22. p. 598. Nov.

Witzel, O., Ueber d. Operation d. Sackniere, mit Bemerkungen über die Anlegung der Schrägfistel an der Harn- u. Gallenblase u. am Darm. Chir. Centr.-Bl. XX. 47.

Zöller, A., Ueber d. chirurg. Behandl. d. männl. Hypospadie. Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 150. 1894.

Zuckerkandl, O., Zu Prof. *Zweifels* Bildung einer künstl. Harnröhre mit künstl. Sphinkter. Chir. Centr.-Bl. XX. 42.

S. a. I. Kukula. II. Bazy, Griffiths, Reichel, Sutton, Woerz. III. Huber, Spanò. IV. 5. Clarke; 6. Lange, Meyer, Posner, Weber; 8. Eskeridge, Freud; 11. Fenwick, Joseph, Kollmann, Legueu, Martin, Neebe, Neve. V. 2. c. Loumeau. VI. Baker, Büttner, Condamin, Hochstetter, Kleinwächter, Richard, Samter. VII. Bonneau. VIII. Lane. XIII. 2. Josephson.

e) Extremitäten.

Allen, Harrison, The etiology of fracture of the lower end of the radius. Univers. med. Mag. VI. 3. p. 145. Dec.

Bähr, Ferdinand, Ueber Compressionsbrüche d. Fersenbeins. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 84., Chir. 22.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 16. S. 75 Pf.

Barwell, Richard, The operative treatment of congenital dislocation of the hip. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 261. 1892.

Beck, Carl, Regeneration of radius after its removal for osteosarcoma. New York med. Record. XLIV. 23. p. 717. Dec.

Bennett, E. H., Exceptions to the type of extracapsular fracture of the neck of the thigh bone. Dubl. Journ. XCVI. p. 281. Oct.

Boland, E. S., Simultaneous fracture (interarticular) of both olecranon processes. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 14. p. 347. Oct.

Bonsdorff, Hj. von, Rakitisk böjning af lårbenshalsen under utvecklingsåldern. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 11. S. 815.

Borelius, Jacques, Bidrag till kännedomen om behandlingen af patellarfraktur. Hygiea LV. 12. S. 557. — Hosp.-Tid. 4. R. I. 29. S. 776.

von Bramann, Heilung grosser Weichtheil- u. Hautdefekte d. Extremitäten mittels gestielter Hautlappen aus entfernten Körpertheilen. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 3. p. 626.

Briscoe, J. E., The fallacy of vertical foot piece. Brit. med. Journ. Dec. 2. p. 1212.

Brodhurst, B. E., On the nature and treatment of talipes equino-varus or club foot. London. Churchill. 8. 60 pp.

Caird, Francis M., On amputation in cases of gangrene of the lower extremity. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 196.

Cameron, Hector C., Patient who had been operated upon for torn semilunar cartilage. Glasgow med. Journ. XL. 6. p. 452. Dec.

Clemmey, W. N., Pott's fracture by direct violence. Lancet II. 24. p. 1440. Dec.

Concanon, James J., Complete burial of a ring beneath the skin of the finger. New York med. Record XLIV. 19. p. 584. Nov.

Davies, David L., Case of fracture of both bones of forearm by indirect violence. Brit. med. Journ. Oct. 28. p. 944.

Demoulin, A., Sur un cas de décollement épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus avec déplacement incomplet. Arch. gén. p. 611. Nov.

Deycke, Georg, Ueber d. Exarticulatio femoris u. ihre Gefahren, mit casuist. Beiträgen. Inaug.-Diss. Hamburg. L. Voss. Gr. 8. 46 S. 1 Mk. 20 Pf.

Dollinger, Julius, Ein einfacher abnehmbarer Gipsverband zur ambulanten Behandlung der Unterschenkelfrakturen. Chir. Centr.-Bl. XX. 46. 1893; XXI. 1. 1894.

Drobnik, T., Die Verhütung von Pseudarthrosen b. Osteomyelitis d. Tibia. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 49.

Dunn, L. A., A case of loose body in the elbow-joint, probably the separated capitular epiphysis of the humerus. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 228.

Dutt, A. C., Fracture of both bones of the forearm by indirect violence. Brit. med. Journ. Oct. 21. p. 889.

Finotti, Ein Fall von Zerreissung des Nervus radialis b. tiefer Fraktur d. Humerus; Nervennaht; Heilung. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 51.

Fischer, Heinrich, Ein Fall von sogen. Flughautbildung zwischen Ober- u. Unterschenkel. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 48.

Flüglistaller, Emil, Casuist. Beiträge zur Behandl. d. subcutanen Ellenbogengelenksfrakturen mittels Gewichtsextension. Inaug.-Diss. Uster-Zürich. Bern. H. Koerber. Gr. 8. 38 S. 80 Pf.

Fulda, Ueber d. ambulator. Gipsverband b. Knochenbrüchen d. Unterschenkels. Württemb. Corr.-Bl. LXIII. 31.

Gaupp, R., Die Fraktur d. Talus. Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 91. 1894.

Gibney, V. P., Final results in tubercular ostitis of the knee in children, commonly known als white swelling. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. 4. p. 403. Oct.

Godlee, Rickman John, A case of ligature of the second part of the left subclavian artery for the cure of an axillary aneurysm. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 275. 1892.

Gohl, J. G., Die Endresultate d. Behandlung mittels Exstirpatio tali b. d. verschied. Formen d. Klumpfusses. Amsterdam. J. H. de Bussy. Gr. 8. IV u. 45 S. mit Abbild. u. 10 Tafeln. 2 Mk. 50 Pf.

Golding-Bird, C. H., Case of total ablation of scapula for sarcoma. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 242.

Goldthwait, Joel E., The treatment of hallux valgus. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 22. p. 533. Nov.

Golebiewski, Zur Casuistik d. typ. Radiusfrakturen u. der durch sie bedingten Erwerbsunfähigkeit. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 1. p. 122. 1894.

Goodhue, E. S., Operation for correction of deformity of the wrist, causod by shortening of the radius after fracture. New York med. Record XLV. 1. p. 9. Jan. 1894.

Guillemain, A., Etude de l'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou, considérée spécialement chez l'enfant; anatomie pathologique et indications thérapeutiques. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 118 pp.

Habs, Rudolph, 4 Fälle von Makrodaktylie gepaart mit Syndaktylie. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 5 u. 6. p. 511.

Hachenberg, G. P., On amputation at the hip-joint. Amer. Pract. and News XVI. 12. p. 453. Dec.

Halsted, Tuberculous knee-joint. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. IV. 34. p. 97. Oct.

Heath, Christopher, Dislocation forwards of the head of the radius; reduction 7 weeks after the accident, resulting in a freely movable joint. Lancet II. 18. p. 1060. Oct.

Heinlein, Dehnung u. Resektion im Bereiche d. Plexus brachialis. Neurol. Centr.-Bl. XII. 20. p. 707.

Helferich, Weitere Mittheilungen über d. Operation d. winkeligen Kniegelenksankylose u. d. bogenförmige Resektion d. Kniegelenks überhaupt. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 3. p. 445.

Hoffa, A., Zur Aetiologie u. Behandl. d. Plattfusses. Münchn. med. Wchnschr. XL. 49. 50.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Hübscher, C., Zur Therapie d. Unguis incarnatus. Schweiz. Corr.-Bl. XXIII. 20.

Hutchinson, Jonathan, Lectures on injuries to the epiphyses and their results. Brit. med. Journ. Dec. 30.

Jaboulay, Attitude à donner aux fractures des 2 os de l'avant-bras et à celles de l'extrémité supérieure du tibia. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 49.

Judson, A. B., Practical points in the treatment of hip disease. New York med. Record XLIV. 18. p. 545. Oct.

Knox, D. N., Case of traumatic aneurysm of the common femoral cured by ligature. Glasgow med. Journ. XL. 5. p. 340. 379. Nov.

König, Die Erklärung der Contrakturstellung bei Coxitis. Chir. Centr.-Bl. XX. 52.

Kofmann, A., Zur Luxation u. Resektion am Fussgelenk. Chir. Centr.-Bl. XXI. 2. 1894.

Kouzmine, B. J., Traitement chirurgical des pseudarthroses du fémur. Revue de Chir. XIII. 10. p. 844.

Labougle, J., Kyste épidermique de l'index droit d'origine traumatique. Ann. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 1. p. 47. Janv. 1894.

Lane, W. Arbuthnot, 2 cases illustrative of an operation of complete erasion of the ankle-joint. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 15.

Lane, W. Arbuthnot, Cases illustrating a new operation for dorsal dislocation of the head of the femur and some points in the surgery of the hip-joint. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 118.

Lane, W. Arbuthnot, The fallacy of the vertical footpiece. Brit. med. Journ. Nov. 11.

Launay, P., Lipome de la paume de la main. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 20. p. 518. Juillet—Oct.

Ledderhose, Die Aetiologie d. carpalen Ganglien. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 102.

Le Gendre, P., et Beaussenat, Anévrysme spontané de l'artère humérale à evolution rapide, par artérite infectieuse aiguë à streptocoques, au cours d'une endocardite végétante. Revue de Chir. XIII. 11. p. 398.

Leser, Zur Schlaffheit d. Gelenkapparats, insbes. d. Gelenke d. untern Extremität (Kniegelenk). [Berl. Klin. 67.] Berlin 1894. Fischer's med. Buchh. 8. 32 S. 60 Pf.

Lesser, L. v., Schweissfuss u. Plattfuss. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 44.

Lockwood, Charles Barrett, Sequel to a case of excision of the head of the femur and erasion of the hip-joint through the anterior incision, and with immediate and permanent closure of the wound. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 125.

Loison, E., Contribution à l'étude de la résection du poignet dans les affections tuberculeuses graves et suppurées de cette région. Revue de Chir. XIII. 11. p. 893.

Mertens, G., Das Hühnerauge, seine Entstehung, Verhütung u. Behandlung, nebst einem Capitel über Blutvergiftung u. deren Verhütung. Berlin. S. Frankl. Gr. 8. 32 S. 50 Pf.

Miller, A. G., Excision or arthrectomy of the knee-joint. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 11.

Möhring, P., Ein einfacher Apparat zur Messung d. Längendifferenzen d. Beine. Münchn. med. Wchnschr. XL. 45.

Moore, James E., Treatment of fractures involving the elbow joint. New York med. Record XLIV. 19. p. 583. Nov.

Nanu, G., Note sur un cas rare de luxation coxo-fémorale. Roumanie méd. I. 6. p. 212. Oct.

Nasse, D., Die Exstirpation der Schulter u. ihre Bedeutung f. die Behandlung der Sarkome des Humerus. [r. *Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 86., Chir. 23.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 12 S. 75 Pf.

Nicaise, E., De l'ongle incarnée. Revue de Chir. XIII. 11. p. 945.

Nicholson, H. Gilbert, Dislocation of the cuboid bone. Brit. med. Journ. Nov. 25. p. 1153.

Nicolaysen, Et Tilfälde af tuberculosis genu. helbredet ved *Koch's* Lymfe. Norsk Mag. f. Lägevidensk. S. 177.

Nové-Josserand, G., Des différentes variétés de l'ankylose du coude, du choix de l'opération qui leur est applicable et du danger de la récidive après les résections trop économiques. Revue de Chir. XIII. 12. p. 981.

Ollier, Luxations anciennes irréductibles du coude. Lyon méd. LXXIV. p. 484. Déc.

Orrillard, A., Arrêt de développement de l'extrémité inférieure du cubitus gauche; rachitisme; enchondrome du troisième orteil du pied gauche et du troisième doigt de la main gauche jadis fracturé. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 22. p. 573. Oct.—Nov.

O'Sullivan, Patrick T., Dislocation of both shoulders. Brit. med. Journ. Oct. 28. p. 945.

Page, Herbert W., A case of fracture of patella, treated by *Barker's* method; bony union. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 224.

Park, Roswell, Ingrowing toe-nail and other diseases of the nails. Med. News LXIII. 22. p. 602. Nov.

Peckham, Frank E., A case of hysterical hip-joint successfully treated by hypnotism. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 17. p. 419. Oct.

Pernice, L., Ein Beugeverband bei Ellenbogengelenkcontrakturen. Chir. Centr.-Bl. XX. 46.

Perregaux, G., Chondrofibrome des 2me., 3me., et 4me. métacarpiens droits; lobes multiples présentant des différences dans leur point de départ, leur évolution et leur consistence. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 20. p. 514. Juillet—Oct.

Pick, Karl, Gonitis serosa in individuo chlorotico. Bl. f. klin. Hydrother. III. 12.

Pilliet, A. H., Tumeur myéloïde de la gaine des fléchisseurs de la main. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 24. p. 653. Janv. 1894.

Plicque, A. F., Les fractures des métacarpiens et leur traitement. Gaz. des Hôp. 149.

Pollosson, Maurice, Réintégration sanglante et résection dans les luxations anciennes de l'épaule. Lyon méd. LXXIV. p. 511. Déc.

Poncet, A., Variété rare de luxation du genou; rupture de l'artère poplitée; gangrène du membre. Gaz. des Hôp. 146.

Rautzoïu, Luxation pré-sternale complète de l'extrémité interne de la clavicule droite. Roumanie méd. I. 7. p. 218. Oct.

Real, R., Ein Beitrag zur Kenntniss der Gelenkkörper. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVIII. 1. p. 1.

Redard, P., Sur un nouvel appareil destiné au traitement consécutif du pied bot varus équin. Gaz. de Par. 2. 1894.

Renault, A., De l'arthrodèse tibio-tarsienne dans les cas de pieds bots paralytiques. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 54 pp.

Ritschl, A., Die Exartikulation d. Unterschenkels im Kniegelenk u. ihre Beziehungen zu d. übrigen Methoden der Absetzung der untern Extremität in d. Nähe des Kniegelenks. Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 177. 1894.

Runeberg, Ledgångsaffektioner. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 1. S. 928.

Ryan, R. P., Simultaneous and uncomplicated fracture of both calcanea. Brit. med. Journ. Nov. 4. p. 993.

Sainton, R., De l'anatomie de l'articulation de la hanche chez l'enfant et de la luxation congénitale de cette articulation. Etude pathogénique. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 78 pp.

Sainton, Raymond, Du traitement orthopédique des attitudes vicieuses permanentes de la coxalgie. Gaz. des Hôp. 129.

Sayre, Reginald H., The treatment of angular deformities at the hip-joint. Brit. med. Journ. Dec. 2.

Schede, Prognose u. Behandlung d. Schenkelhalsfraktur. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 44. p. 1086.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Schlatter, Carl, Zur Casuistik der Talusluxationen. Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 65. 1894.

Schou, Jens, Luxatio congenita patellae. Ugeskr. f. Läger 4. R. XXVIII. 20.

Schröter, P., Die traumat. laterale Luxation des Radiusköpfchens. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 4. p. 809.

Schröter, P., Ein Fall von completer Luxation d. Tibia nach hinten. Arch. f. klin. Chir. XLVI. 4. p. 912.

Schüller, Max, Eingesandt. [Doppelschrägbruch am unteren Humerusende mit Zerreissung d. N. radialis.] Chir. Centr.-Bl. XX. 42.

Simpson, Garry, Congenital dislocation of knee-joint. Brit. med. Journ. Nov. 18. p. 1099.

Sonnenburg, E., Ein Fall von Erkrankung des Schultergelenks bei Gliomatose d. Rückenmarks. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 48.

Thomas, R. Stanley, Dislocation forwards of scaphoid and trapezium. Brit. med. Journ. Oct. 21. p. 889.

Tilanus, C. B., De abnorme rotatie der onderste extremiteiten en haar behandeling door middel van de rotatie-banden. Nederl. Weekbl. I. 2. 1894.

Tillaux, Sur une tumeur de la face palmaire d'un doigt. Gaz. des Hôp. 1. 1894.

Villard, Ablation de l'omoplate. Lyon méd. LXXIV. p. 452. Nov.

Volkmann, Rudolf, Ueber d. blutige Reposition veralteter traumat. Hüftluxationen. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 3 u. 4. p. 373.

Wagner, A., Ueber d. arterielle Ranken-Angiom d. obern Extremität. Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 49. 1894.

Wassieljew, M. A., Ueber d. Behandl. veralteter traumat. Hüftgelenksverrenkungen. Chir. Westn. Aug. Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

v. Weymarn, Tvenne fall af aneurysma traumaticum vasorum femoralium. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 12. S. 938.

Willard, De Forest, Operative treatment of knee-joint disease. Univers. med. Mag. VI. 3. p. 162. Dec.

Wyeth, John A., Bloodless amputation at the hip-joint. Med. News LXIII. 24. p. 645. Dec.

S. a. II. Baum, Dessoir, Matiegka, Paterson, Schrader, Strassmann. III. Mitchell, Pilliet. IV. 7. Delorme, Owen, Walters; 8. Eulenburg, Hecker, Ignatow, Lewin; 11. Eschle. V. 1. Billroth, Bloch. XIII. 2. Pljuschkow.

VI. Gynäkologie.

Asch, Robert, Ueber d. operative Behandl. d. Salpingo-Oophoritis. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 42.

Asch, Robert, Zur Gazetamponade d. Uterus. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 42.

Audain, Léon, Hermaphroditisme; double kyste dermoïde des ovaires, dont un très volumineux; kyste paraovarique du côté du gros dermoïde; ablation; ligature en chaîne des pédicules. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 19. p. 501. Juillet. — Ann. de Gynécol. XL. p. 362. Nov.

Aust-Lawrence, A. E., Ovariotomie post partum. Ann. de Gynécol. XL. p. 321. Nov.

Auvard, A., 100 illustr. Fälle aus d. Frauen-Praxis. Für's Deutsche bearb. von *A. Rosenau*, mit Vorwort von *F. v. Winckel*. Leipzig. Ambr. Abel. Gr. 16. XI u. 215 S. mit Abbild. 6 Mk.

Baker, G. H., Vesico-vaginal lithotomy. Brit. med. Journ. Dec. 2. p. 1212.

Baldy, J. M., Vaginal hysterectomy for prolapse. Pacific Record VIII. 3; Oct.

Bard, L., De l'inexactitude de la théorie parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 44.

Barker, Arthur E., Subserous uterine haematocele in a girl of 11 years, simulating acute inflammation of the vermiform appendix; laparotomy; recovery. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 97.

Barnes, Robert, A first series of 50 ovariotomies, a plea for the performance of ovariotomy by obstetric physicians. Lancet II. 27. p. 1653. Dec.

Beuttner, Oskar, Zur Technik d. Einführung von Gaze in d. Uterus. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 48.

Beuttner, Oskar, Ein Fall von Uterus rudimentarius bicornis mit Mangel d. Vagina. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 49.

Bloch, Oscar, Bemärkninger i Anledning af 40 Ovariotomier. Hosp.-Tid. 4. R. II. 1. 1894.

Boryssowicz, T., Ueber d. permanente Erweiterung d. äussern Muttermunds mittels d. Ligatur (Dilatatio uteri ope ligaturae). Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 3. 1894.

Brandt, Thure, Behandlung weibl. Geschlechtskrankheiten. 2. Aufl. Berlin. Fischer's med. Buchh. Gr. 8. X u. 204 S. mit 55 Abbild. 6 Mk.

Büttner, Ein Fall von Myom d. weibl. Urethra. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 136.

Bumm, E., Ueber Massagebehandlung b. Sterilität. Münchn. med. Wchnschr. XL. 46.

Ceci, Antonio, Cura operativa dei fibromiomi uterini. Gazz. degli Ospit. XIV. 139.

Christowitch, Hystérectomie abdominale supravaginale pour tumeurs fibreuses multiples de l'utérus. Revue de Chir. XIII. 10. p. 807.

Chrobak, R., Ueber d. Erfolge d. Adnexoperationen. Nebst Anhang von *Knauer*. Wien. klin. Wchnschr. VI. 49. 51. 52. 1893. VII. 1. 2. 1894.

Chrobak, R., Zur retroperitonäalen Stumpfversorgung b. Myomotomie. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 2. 1894.

Condamin, R., De l'hystéropéxie par le procédé de *Laroyenne*. Lyon méd. LXXIV. p. 221. Oct.

Condamin, R., Modification des rapports de la vessie dans certains prolapsus utérins; possibilité de blesser la vessie dans l'hystérectomie. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 45.

Condamin, R., Enorme distension vésicale pour fibrome utérin; ablation de celui-ci; disposition de la vessie ayant géné considérablement cette opération. Lyon méd. LXXIV. p. 405. Nov.

Cornil, Myôme de l'utérus. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 22. p. 589. Oct.—Nov.

Cullingworth, C. J., On pelvic abscess. Lancet II. 19; Nov. — Brit. med. Journ. Nov. 4.

Daggett, B. H., A new holder for Sims's speculum. New York med. Record XLIV. 16. p. 509. Oct.

Doran, Alban, Cases of tuberculous disease of the uterine appendages and peritoneum. Brit. med. Journ. Oct. 21.

Doran, Alban, On the absorption of fibroid tumours of the uterus, with a report of a suspected case. Obstetr. Soc. Transact. XXXV. p. 250.

Doranth, Karl, Ein Fall von Teratoma ovarii b. einem 3½jähr. Mädchen. Wien. klin. Wchnschr. VI. 48.

Elder, A case of pyosalpinx due to an unusual cause. Lancet I. 2. p. 91. Jan. 1894.

Engström, O., Laparotomi; förberedelser og resultat. Gynäkol. og obstetr. Meddelelser X. 1. 2. — Wratsch 31. 32. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Fabre, J., De la réunion immédiate secondaire au moyen de fils d'attente de la plaie de laparotomie au niveau de l'ouverture nécessitée par le drainage abdominale. Ann. de Gynécol. XL. p. 241. Oct.

Fehling, Hermann, Lehrbuch d. Frauenkrankheiten. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. XII u. 540 S. mit 24 eingedr. Holzschn. 13 Mk.

Feodorow, J., Zur Frage über d. Innervation d. Geschlechtsorgane mit besond. Berücksicht. d. Entwicklung von Retentionscysten im Uterus u. in d. Eileitern. Russk. Med. 28. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Ferrari, P., Della isterectomia totale nei fibromiomi dell'utero. Policlinico I. 2; Jan. 1894.

Finotti, Em., Bericht über 80 weitere, wegen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Tumoren am weibl. Genitale ausgeführte Laparotomien. Wien. med. Presse XXXIV. 43. 45. 46. 47.

Fischer, John M., A case of uterine myoma; hysterectomy according to a new method. Therap. Gaz. 3. S. IX. 11. p. 752. Nov.

Fraenkel, Ernst, Ueber einen Fall von dauernder Heilung einer doppelt-mannsfaustgrossen Pyosalpinx durch wiederholte vaginale Punktion u. Ausspülung d. Sackes. Wien. med. Presse XXXIV. 44.

Fraenkel, Ernst, Ueber eine bisher noch nicht beschriebene Erkrankungsform d. Vaginalportion. Wien. med. Presse XXXV. 3. 1894.

Frank, Max, Ueber d. Zusammenhang zwischen Genitalaffektionen d. Frauen u. Magenbeschwerden. Arch. f. Gynäkol. XLV. 1. p. 118.

Franqué, Otto v., Hyaline u. myxomatöse Degeneration in Uterussarkomen. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 43.

Freund, Hermann W., Eine neue Prolapsoperation. (Vorläuf. Mittheilung.) Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 47.

Fritsch, H., Ueber ventrovaginale Fisteloperationen. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 45.

Fritsch, H., Ventrofixation u. Vaginofixation. Deutsche med. Wchnschr. XX. 1. 1894.

Frommel, Richard, Zur operativen Behandl. d. Retrodeviationen d. Uterus von d. Bauchhöhle aus. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 2. p. 291.

Goldberg, A., Uterusblutung b. Scorbut. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 50.

Goldspiegel-Sosnowska, Traitement des maladies des femmes par la méthode de *Thure Brandt*. Arch. gén. p. 692. Déc.

Goodell, William, The effect of castration on woman, and other problems in gynecology. Med. News LXIII. 24. p. 652. Dec.

Gottschalk, Siegmund, Zur Cervixfrage. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 46.

Gouget, A., Cancer du col de l'utérus; néphrite mécanique et néphrite infectieuse; dégénérescence graisseuse totale du foie avec noyeau cancéreux ramolli simulant un abcès. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 22. p. 578. Oct.—Nov.

Gouillioud, Résultats éloignés de la castration dans les fibromes. Lyon méd. LXXIV. p. 447. Nov.

Handfield-Jones, M., Fibro-myoma of the broad ligament. Obstetr. Soc. Transact. XXXV. p. 239.

Hardman, William, Parametritis; abscess tracking to nates. Brit. med. Journ. Oct. 28. p. 945.

Hartmann, H., Technique de l'extirpation totale de l'utérus fibromateux. Ann. de Gynécol. XL. p. 444. Déc.

Hennig, Karl, Die Frauenkrankheiten, im Abrisse dargestellt. Leipzig. A. Deichert's Nachf. 8. III u. 175 S. mit 55 Abbild. 3 Mk.

Hochenegg, Julius, Die sacrale Methode der Uterusexstirpation. Wien. klin. Wchnschr. VI. 42. 45. 48.

Hochstetter, Ueber Harnleiterscheidenfisteln. Arch. f. Gynäkol. XLV. 1. p. 106.

Hofmeier, M., Zur retroperitonäalen Stielversorgung b. Myomoperationen. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 48.

Jenks, Edward W., The limits and requirements of gynecology. New York med. Record XLIV. 20. p. 617. Nov.

Ikeda, J., Ueber einen Fall von Conglutinatio traumatica labiorum minorum. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 48.

Ingermann-Amitia, Anna, Zur Casuistik d. primären Vaginal- u. Vulva-Carcinome. Bern. H. Koerber. Gr. 8. 35 S. 70 Pf.

Kakuschkin, N. M., Zur Technik d. Reposition d. prolabirten Gebärmutter u. Scheide b. Incarcerationserscheinungen. Shurn. akusch. i shensk. bol. 8. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Kirchhoff, Ein Tumor d. kleinen Schamlippe. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 45.

Kleinwächter, Ludwig, Einige Worte über Verengerungen d. weibl. Urethra. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 122.

Knorre, G. v., Ueber Vaginofixatio uteri. Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 44. — Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 51.

Kyri, Johannes, Physiologie u. Pathologie d. Motilität d. Beckenorgane. Als Grundlage einer Theorie d. Prolapsus. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 2. 1894.

Lawrie, Macpherson, Total extirpation of the uterus. Brit. med. Journ. Jan. 13. 1894.

Leuf, A. H. P., A case of double uterus and double vagina. Med. News LXIII. 18. p. 490. Oct.

Litkens, A. A., Ein Fall von Verwachsung d. Scheide nach d. ersten Geburt mit Bildung einer Hämatocele u. eines Hämatokolpos. Shurn. akusch. i shensk. bol. 5. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Lombroso, C., u. G. Ferrero, Das Weib als Verbrecherin u. Prostituirte. Anthropolog. Studien, gegründet auf eine Darstellung d. Biologie u. Psychologie d. natürl. Weibes. Autoris. Uebersetzung von *H. Kurella*. Hamburg 1894. Verl.-Anst. u. Druckerei A.-G. 8. XVI u. 590 S. mit 7 Taf., 18 Textillustr. u. d. Bildn. Lombroso's. 16 Mk.

Luther, E., Ueber d. Gonorrhöe b. Weibe. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 82 u. 83. Gynäkol. 32.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 50 S. 1 Mk. 50 Pf.

Lwow, J., Zur Frage über d. Laparotomie b. diffusen Adhäsionen d. Scheide mit Bildung von Haematometra u. Haematosalpinx. Wratsch 28. 29. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Mc Cosh, Andrew J., Resultats of vaginal hysterectomy. Med. News LXIII. 19. p. 505. Nov.

Mally, Le traitement électrique des fibromes utérins. Ann. de Gynécol. XL. p. 245. Oct.

Massey, J. Betton, A plea for the early diagnosis and prompt electrical treatment of fibroid growths of the uterus. New York med. Record XLIV. 12. p. 682. Nov.

Mauclaire, P., Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. Ann. de Gynécol. XL. p. 253. Oct.

Mauclaire, P., Du molluscum pendulum de la vulve. Ann. de Gynécol. XL. p. 409. Déc.

Mandelstam, J., Ueber d. diagnost. Werth d. sogen. *Küster*'schen Zeichens [b. Dermoidcysten]. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 47.

Mensinga, Ein Uterusstopfer zur Uterustamponade. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 43.

Meyer, Edward v., Die operative Behandl. d. Uterusmyome in d. JJ. 1878—1892 in d. chir. Univers.-Klinik zu Heidelberg. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 2. p. 519.

Meyer, Edward v., Die operative Behandlung d. Uterusmyome. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 1.

Meyer, E. v., Zur operativen Behandlung der in Folge von Gynatresien auftretenden Hämatosalpinx mit besond. Berücksicht. d. Salpingotomie. Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 256. 1894.

Miranda, Giovanni, Contributo allo studio di alcuni vizii di conformazione dell'apparecchio genitale della donna. Rif. med. IX. 235. 236. 237.

Monod, E., Tumeur kystique à grand développement de l'ovaire droit; ovariotomie. Ann. de la Policlin. de Bord. III. 3. p. 83. Nov.

Monod, E., Rétention des tiges de laminaire dans la cavité utérine. Ann. de la Policlin. de Bord. III. 3. p. 91. Nov.

Monprofit et Pilliet, Adénome dans une trompe enflammée. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 19. p. 505. Juillet.

Montgomery, E. E., Carcinoma of the uterus. Med. News LXIII. 21. p. 574. Nov.

Mouchet, A., Fibromes de la paroi postérieure de l'utérus. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 20. p. 543. Juillet—Oct.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Müller, Oscar, Zur Lehre vom Carcinoma uteri. Charité-Ann. XVIII. p. 527.

Murray, Alan B., A new intra-uterine irrigator. New York med. Record XLIV. 18. p. 575. Oct.

Neugebauer, Franz Ludwig, Bericht über d. neueste Casuistik u. Literatur d. Spondylolisthesis mit einschläg. Bemerkungen über d. Differentialdiagnose. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 2. p. 348.

Noble, Charles P., The causation of the diseases of women. Pacif. Record VIII. 4. p. 49. Nov.

Orrillard, A., Tumeur mixte de l'ovaire; ouverture du kyste dans le péritoine; greffes péritonéales multiples; ascite; laparotomie; mort. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 24. p. 638. Nov.—Déc.

Orthmann, E. G., Eine verstellbare Sondenzange zur Vaginofixation. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 45.

Pagenstecher, G., Eine feste Stütze zu d. *Sänger*'schen u. andern bewegl. Beinhaltern. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 2. 1892.

Paulli, R., Et Tilfälde af hämatometra. Gynäkol. og obstetr. Meddelelser X. S. 32.

Penrose, C. B., Congenital absence of the vaginal cervix. Univers. med. Mag. VI. 3. p. 185.

Péron, A., Tuberculose génitale chez une fillette de 12 ans. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 20. p. 538. Juillet—Oct.

Phillips, John, On tetanus as a complication of ovariotomy. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 135. 1892.

Picqué, L., et P. Charrier, Notes et remarques pour servir à l'histoire des lésions des ovaires et des trompes, d'après 11 observations d'ovariotomies. Ann. de Gynécol. XL. p. 420. Déc.

Pilliet, A. H., Les hémorrhagies dans l'ovarite scléro-kystique. Ann. de Gynécol. XL. p. 366. Nov.

Plicque, A. F., Les affections viscérales d'origine menstruelle et leur traitement. Gaz. des Hôp. 120.

Pollosson, M., Procédé opératoire pour la réparation des vastes pertes de substance de la cloison vésico-vaginale et de l'urèthre. Lyon méd. LXXIV. p. 298. Oct.

Pozzi, S., Phlegmon du ligament large. Mercredi méd. 43.

Pozzi, S., Nouvelle opération applicable à la sténose congénitale du col de l'utérus. Ann. de Gynécol. XL. p. 407. Déc.

Quénu, E., De la transformation caverneuse de la muqueuse utérine dans certaines formes de métrites. Ann. de Gynécol. XL. p. 401. Déc. — Mercredi méd. 47.

Quénu, Les fibromes douloureux de l'utérus. Gaz. de Par. 48.

Quénu, Prolapsus utérin. Mercredi méd. 52.

Raffray et Jayle, Phlegmon du ligament large post-puerpéral à streptocoques; ouverture au-dessus de l'arcade crurale; fistule stercorale secondaire. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 20. p. 533. Juillet—Oct.

Reclus, Paul, Suppurations pelviennes et laparotomie. Gaz. des Hôp. 142.

Reclus, Paul, Hystérectomie vaginale et suppurations pelviennes. Gaz. des Hôp. 148.

Renton, J. C., and T. H. Bryce, 3 specimens of ovarian tumour. Glasgow med. Journ. XLI. 1. p. 70. Jan. 1894.

Richard (d'Aulnay), Gaston, De l'uréthrite chez la femme; ses formes, ses variétés et sa microbiologie. Paris. Soc. d'éd. scientif. 8. 163 pp.

Richardson, Maurice H., Hysterectomy for cancer of the cervix by combined abdominal and vaginal dissection. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 18. p. 436. Nov.

Rosthorn, Zur retroperitonäalen Stielversorgung b. Myomotomie nach *Chrobak*. Wien. klin. Wchnschr. VI. 42.

Runge, Max, 100 Laparotomien aus d. Göttinger Frauenklinik. Therap. Monatsh. VII. 12. p. 587.

Rutherford, Jacob C., Chronic endometritis; treatment by drainage. Med. News LXIII. 17. p. 459. Oct.

Rydygier, Die Bildung einer Ventil-Scheiden-Mastdarmfistel. Wien. klin. Wchnschr. VI. 49.

Samter, Ueber Blasensteine b. Frauen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 151.

Schönheimer, H., Zur Lehre vom Krebs d. Gebärmutterkörpers. Arch. f. Gynäkol. XLV. 1. p. 157.

Schroeder, Carl, Handbuch d. Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane. 11. Aufl., umgearb. u. herausgeg. von *M. Hofmeier*. [Handb. d. spec. Pathologie u. Ther., herausgeg. von *H. v. Ziemssen*. 10. Bd.] Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. XVI u. 581 S. mit 186 Abbild. 12 Mk.

Schuchardt, Karl, Eine neue Methode d. Gebärmutterexstirpation. Chir. Centr.-Bl. XX. 51.

Segond, Paul, Traitement chirurgical du prolapsus utérin. Semaine méd. XIII. 68.

Sieveking, Ein Fall von Teratom d. linken Ovarium mit intraabdominaler Darmwandeinklemmung u. Bildung einer Kothfistel; dreimal. Operation; Heilung. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 50.

Spencer, Herbert R., Ovariotomy on a patient in her 83th. year. Brit. med. Journ. Dec. 9. p. 1271.

Spencer, Herbert R., A first series of 50 ovariotomies. A plea for the performance of ovariotomy by obstetric physicians. Lancet II. 25; Dec.

Spencer, Performance of ovariotomy by obstetric physicians. Brit. med. Journ. Dec. 16.

Steele, Ernest A. T., A Zwank's pessary impacted for $9^1/_2$ years, causing recto-vaginal fistula. Lancet II. 18. p. 1059. Oct.

Stewart, W. W., A mural dermoid cyst of the uterus. New York med. Record XLIV. 21. p. 648. Nov.

Strassmann, P., Bericht über d. Verhandlungen d. Abtheilung f. Geburtshülfe u. Gynäkologie auf d. 65. Vers. d. Gesellsch. deutscher Naturf. u. Aerzte in Nürnberg vom 11. bis 15. Sept. 1893. Arch. f. Gynäkol. XLV. 2. p. 369.

Strogonow, W. W., Bakteriolog. Untersuchungen d. Geschlechtskanals d. Weibes in verschied. Lebensperioden. Shurn. akusch. i shensk. bol. 6. 7. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Talley, Frank W., Report of a case of supravaginal hysterectomy by *Baer's* method. Pacific Record VIII. 3; Oct.

Tchérépakhine, A., 122 observations de bassin oblique ovalaire. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 326 pp.

Teplow, P., Ueber 50 Ovariotomien. Med. Obosr. 14. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Theilhaber, Beziehungen gastro-intestinaler Affektionen zu d. Erkrankungen d. weibl. Geschlechtsorgane. Münchn. med. Wchnschr. XL. 47. 48.

Thorn, J., Zur Casuistik d. Uterussteine. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 75.

Tipjakoff, Zur Frage d. Therapie d. Gebärmutterretroflexionen. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 42.

Treves, Frederic, A case of lipoma of the broad ligament. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 101.

Turazza, Guido, Sopra 3 isterectomie vaginali. Rif. med. IX. 266.

Verhandlungen d. deutschen Gesellschaft f. Gynäkologie. 5. Congress, abgehalten zu Breslau am 25. bis 27. Mai 1893. Herausgeg. von *H. Fritsch* u. *J. Pfannenstiel*. Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Gr. 8. XVI u. 450 S. mit 22 Abbild. u. 8 Tafeln. 9 Mk.

Volkmann, Rudolf, Zur Dammplastik. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 3 u. 4. p. 209.

Vulliet, Ueber d. Erweiterung von Verengerungen d. Collum uteri auf plast. Wege. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 3. 1894.

Weller van Hook, Tuberculosis of the Fallopian tubes and retro-peritoneal lymph-glands; partial obstruction of the rectum; coeliotomy; definitive recovery. Med. News LXIII. 22. p. 599. Nov.

Winter, Georg, Ueber d. Recidive d. Uterus-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

krebses, insbesond. über Impfrecidive. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. 67 S. mit 18 Figg. u. 1 Tafel. 3 Mk.

Wjssotski, Zur Casuistik d. Cystocarcinoma ovarii. Shurn. akusch. i shensk. bol. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Wolfowitsch, Sch., Ein Fall von traumat. Läsion d. Vagina b. einem 12jähr. Mädchen durch einen Coitus. Med. 35. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Hertz, Reich, Schottlaender, Stroganow. IV. 2. Ballantyne; 8. Friedrichsen; 11. Carry, Sederholm; 12. Kahn. V. 2. c. *Krankheiten d. Mamma,* Cazenave, Howitz, Törngren; 2. d. Page. VII. Jahresbericht, Lewers, Martin, May. IX. Friedmann, Régis. XIII. 2. Bloom, Kayser, Talley. XVI. Näcke.

VII. Geburtshülfe.

Abeles, Gustav, Ueber eine seltene Geburtscomplikation. Aerztl. Contr.-Anzeiger V. 33. 35.

Adenot, Note à propos de la paralysie traumatique par compression du plexus sacré pendant l'accouchement. Lyon méd. LXXIV. p. 253. Oct.

Ahlfeld, F., Beiträge zur Lehre vom Resorptionsfieber in d. Geburt u. im Wochenbette u. von d. Selbstinfektion. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 2. p. 466.

Anscheles, J. O., Einige Bemerkungen zur Behandlung d. Abortus durch Tamponade. Shurn. akusch. i shensk. bol. 5. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Arnozan, X., Un cas d'herpès gestationis. Arch. clin. de Bord. II. 11. p. 551. Nov.

Bernheim, Traitement de l'éclampsie puerpérale, en particulier par les injections souscutanées d'eau salée. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 127 pp.

Bidder, Fr., Ueber alte Erstgebärende. Inaug.-Diss. Mitau. Jurjew (Dorpat). E. J. Karow. Gr. 8. 73 S. 1 Mk. 50 Pf.

Bond, W. A., Puerperal septicaemia. Lancet II. 25. p. 1539. Dec.

Bonneau, A., De la compression des urétères par l'utérus gravide et des pyonéphroses consécutives. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 69 pp.

Boxall, Robert, Puerperal septicaemia. Brit. med. Journ. Nov. 25. p. 1179.

Braithwaite, James, On acute anteflexion of the uterus in the later months of pregnancy. Brit. med. Journ. Jan. 13. 1894.

Brown, J. S., Report of a case of symphyseotomy. New York med. Record XLIV. 19. p. 582. Nov.

Buchanan, R. M., Ruptured uterus. Glasgow med. Journ. XL. 5. p. 371. Nov.

Burckhardt, Louis, Ueber d. Einfluss d. Scheidenbakterien auf d. Verlauf d. Wochenbetts. Arch. f. Gynäkol. XLV. 1. p. 71.

Cameron, J. Chalmers, La symphyséotomie au Canada. Ann. de Gynécol. XL. p. 277. Oct.

Cocq, V., Changement de présentation au cours du travail malgré l'engagement au détroit supérieur. Journ. de Brux. LII. 1. p. 9. Janv. 1894.

Colahan, Nicholas Whistler, A successful case of Porro's operation. Dubl. Journ. XCVI. p. 375. Nov.

Collier, S. R., Puerperal septicaemia. Lancet II. 26. p. 1598. Dec.

Courant, Zur Indikation der Porro'schen Operation b. narbiger Striktur u. Fistelbildung in d. weichen Geburtswegen. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 43.

Cullingworth, C. J., Caesarean section in a case of cancer of the cervix uteri; child saved; death of mother on fifth day; necropsy. Lancet II. 23. p. 1382. Dec.

Cullingworth, C. J., 2 cases of caesarean section in deformed pelves; recovery of mothers and children. Lancet II. 24. p. 1440. Dec.

Cunningham, T. E., Puerperal eclampsia. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 17. p. 416. Oct.

Czempin, A., Zur Behandlung d. Abortus. Berlin. Boas u. Hesse. Gr. 8. 40 S. mit 1 Abbild. 1 Mk.

De Paolo, Guglielmo, Alcune osservazioni cliniche sul metodo *Krause* nella provocazione del parto. Rif. med. IX. 279.

Dercum, Clara T., A case of hyperemesis gravidarum terminating in recovery after an induced abortion of twins. Med. News LXIII. 24. p. 660. Dec.

Dewar, W. J., Dermoid cyst delaying delivery. Lancet I. 1. p. 19. Jan. 1894.

Dickinson, Robert L., A symphyseotomie; the troughbed a simple device to keep the joint-surfaces in apposition; the relations of the peritoneum to the joint. New York med. Record XLIV. 12. p. 679. Nov.

Diday, P., Consultation sur l'opportunité de mercurialiser une primipare présumée syphilitique. Lyon méd. LXXIV. p. 569. Déc.

Dittel jun., Leopold v., Zu Herrn Dr. *Ekstein's* Entgegnung auf von mir gemachte Aeusserungen über eine von ihm ausgeführte Symphyseotomie. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 44.

Döderlein, Fortschritte in der Geburtshülfe. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 1. 2. 1894.

Döderlein, Die Scheidensekretuntersuchungen. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 1. 1894.

Donald, Archibald, A case of modified Porro's operation for cancer of the cervix complicating pregnancy. Lancet II. 25. p. 1510. Dec.

Donaldson, Tom C., Concealed accidental haemorrhage. Brit. med. Journ. Dec. 9. p. 1270.

Doran, Alban, Foetus in peritoneal cavity: question of abdominal gestation; with a summary of reported cases of primary abdominal and ovarian pregnancy. Obst. Soc. Transact. XXXV. p. 222.

Draghiesco, Symphyséotomie. Roumanie méd. I. 6. p. 170. Sept.

Dührssen, Ueber Tubarschwangerschaft u. d. Behandlung d. Blutungen in d. Bauchhöhle in Folge von Tubenschwangerschaft. Deutsche med. Wchnschr. XX. 2. 3. 1894.

Dupuy, L. E., Accouchement par manoeuvres internes favorisant l'évolution spontanée dans une présentation de l'épaule. Progrès méd. XXI. 50.

Eberhart, Ueber d. Erfolge d. prakt. Geburtshülfe unter Privatverhältnissen u. Vorschläge zur Verbesserung ders. Deutsche med. Wchnschr. XX. 2. p. 43. 1894.

Ekstein, Zur Reform des Hebammenwesens in Oesterreich. [Klin. Zeit- u. Streitfragen VII. 7.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. S. 237—276. 1 Mk.

Feilchenfeld, H., Ein Fall von Ovarientumor b. Gravidität. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 44.

Frees, G., Ein primärer paranephrit. Abscess in d. Schwangerschaft. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 42.

Géring, Carl, Zur Casuistik d. Verkennens d. Schwangerschaft. Wien. med. Presse XXXIV. 44.

Giles, Arthur, The longings of pregnant women. Obstetr. Soc. Transact. XXXV. p. 242.

Giles, Arthur, Observations on the aetiology of the sickness of pregnancy. Obstetr. Soc. Transact. XXXV. p. 303.

Goenner, Das Verhältniss d. Schädels d. Mutter zu dem d. Kindes u. dessen geburtshülfl. Bedeutung. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 1. p. 17. 1894.

Goenner, Alfred, Ein Fall von selbst eingeleitetem Abort. Gynäkol. Contr.-Bl. XVIII. 3. 1894.

Goldscheider, A., Klin. u. bakteriol. Mittheilungen über Sepsis puerperalis. Charité-Ann. XVIII. p. 165.

Gottschalck, Fall von tödtl. Abknickung des S Romanum in Folge von Retroversio uteri gravidi am Ende d. 4. Monats. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 173.

Gottschalk, Sigmund, Zur Lehre von d. hintern Scheitelbein-Einstellung. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 3. 1894.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Gundrum, F., Preparing delicate pregnant women for labor by proper exercice and feeding, and feeding at frequent intervalls during labor. Therap. Gaz. 3. S. IX. 12. p. 819. Dec.

Heideken, C. von, Om den puerperale dödeligheten i Finland. Finska läkaresällsk. handl. XXXVI. 10. S. 760.

Heinricius, G., Om de på barnbördshuset i Helsingfors förekomna fall af decapitation vid försummade tvärläggen. Gynäkol. og obstetr. Meddelelser X. 1. 2.

Heitzmann, J., Compendium d. Geburtshülfe. Wien. M. Perles. Gr. 8. VI u. 371 S. mit 150 Holzschn. 10 Mk.

Herff, Otto v., Grundriss d. geburtsh. Operationslehre. Berlin. Fischer's med. Buchh. 8. XII u. 372 S. mit 90 Abbild. 8 Mk.

Hermann, G. Ernest, Puerperal septicaemia. Brit. med. Journ. Dec. 2. p. 1249.

Herman, Cases of caesarean section. Lancet II. 25. 26. p. 1508. 1565. Dec.

Herman, G. Ernest; Chas. J. Cullingworth, Puerperal septicaemia. Lancet II. 23. p. 1412. Dec.

Heuck, H., Ein neuer Fall von Luftembolie b. Placenta praevia. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 140.

Hicks, J. Braxton, Our knowledge of puerperal diseases. Brit. med. Journ. Dec. 9. p. 1307.

Hinsdale, Guy, 2 complicated labors; deliveries by version and by caesarean section; recoveries. Med. News LXIII. 22. p. 605. Nov.

Hirst, Barton Cooke, Symphyseotomy. Med. News LXIII. 23. p. 627. Dec.

Hünermann, Bericht über d. J. vom 31. März 1891 bis 31. März 1892 [geburtshülfl. Klinik]. Charité-Ann. XVIII. p. 550.

Jahresbericht über d. Fortschritte auf d. Gebiete d. Geburtshülfe u. Gynäkologie, herausgeg. von *Rich. Frommel*. 6. Jahrg. Bericht über d. J. 1892. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. VII u. 867 S. 21 Mk.

Jakowlew, M., 2 Fälle von Porro-Operation b. Uterusruptur während d. Geburt. Boln. gas. Botk. 40. 41. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Ikeda, J., Ein Kaiserschnitt wieder nach *Porro* mit günst. Resultat f. Mutter u. Kind. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 46.

Ikeda, J., Ueber anfallsweise auftretende rhythm. Fötalbewegungen u. Hernia diaphragmatica congenita. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 47.

Iwanow, A. I., Versuch einer Durchspülung d. Uterus während d. Nachgeburtsperiode mit schwachen Kochsalzlösungen. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 52.

Kaltenbach, R., Complikation von Uterusruptur u. Cervikalriss. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 43.

Kayser, H. F., 2 Kaiserschnitte wegen hochgrad. Narbenstenose d. Weichtheile. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 2. p. 304.

Klein, M., Osteomalacia puerperalis cerea. Wien. med. Presse XXXIV. 48.

Kleinschmidt, Georg, Vademecum f. d. Geburtshelfer. München. J. Lindauer. 12. VII u. 118 S. 2 Mk. 50 Pf.

Koenig, Die Auskratzungen d. Uterus b. Endometritis puerperalis. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte IX. p. 218. Oct.

Koettnitz, A., Ueber Beckenendlagen. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 88. Gynäkol. 33.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 20 S. 75 Pf.

Kötz, Leonh. P., Beobachtungen über 300 Fälle von Beckenendlagen aus d. Univ.-Frauen-Klinik zu Berlin. Inaug.-Diss. Kiel. Berlin. O. Enslin. Gr. 8. 66 S. 1 Mk. 20 Pf.

Kossmann, R., Das Syncytium d. menschl. Placenta. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 44.

Krönig, Scheidensekretuntersuchungen bei 100 Schwangern. Aseptik in der Geburtshülfe. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 1. 1894.

Lammiman, Cleveland, A case of extra-uterine foetation; rupture of the left Fallopian tube about the 6th. week of pregnancy; laparotomy; recovery. Lancet II. 27; Dec.

Landau, Theodor, Die Diagnose d. Schwangerschaft in d. ersten Monaten. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 52.

Lediard, H. A., Sessile fibromyoma from the supravaginal portion of cervix uteri which had obstructed labour; removed by laparotomy; recovery. Obstetr. Soc. Transact. XXXV. p. 296.

Leeson, J. R., Puerperal septicaemia. Lancet II. 24. p. 1475. Dec.

Leopold u. Spörlin, Die Leitung d. regelmäss. Geburten nur durch äussere Untersuchung. Arch. f. Gynäkol. XLV. 2. p. 337.

Lewers, Arthur H. N., 2 cases of ovariotomy during pregnancy. Lancet II. 25; Dec.

Lieber, Francis, Rules for the nursing of obstetrical cases as practised in the Maternity Department of the Hosp. of the Univers. of Pennsylvania. Therap. Gaz. 3. S. IX. 10. p. 668. Oct.

Löhlein, H., Die Verhütung des Kindbettfiebers. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. II u. 35 S. 1 Mk.

Löhlein, Hermann, Zur Frage von der Entstehung d. puerperalen Osteomalacie. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 1. 1894.

Mc Gillicuddy, T. J., Operative interference during the second stage of labor. New York med. Record XLIV. 17. p. 517. Oct.

Maffucci, Angelo, Sulla patologia embrionale infettiva. Policlin. I. 2; Genn. 1894. — Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. V. 1. 1894.

Martin, A., Verhandl. d. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynäkologie zu Berlin vom 27. Oct. bis 24. Nov. 1893. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 145.

Massiah, B. J., Pregnancy after gastro-jejunostomy. Brit. med. Journ. Oct. 28.

May, E. Hooper, Ovariotomy during pregnancy. Brit. med. Journ. Dec. 2.

Merz, K., Zur Behandl. d. Uterusruptur. Arch. f. Gynäkol. XLV. 2. p. 181.

Mitchell, Alexander, Atresia hymenalis; rupture of hymen during digital examination. Brit. med. Journ. Dec. 16. p. 1321.

Mori, Giovanni, Sopra un caso di gravidanza extrauterina. Gazz. Lomb. 49.

Mouchet, Grossesse tubaire. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 22. p. 577. Oct.—Nov.

Müller, P., Die Symphyseotomie u. ihr Werth f. d. ärztl. Praxis. Schweiz. Corr.-Bl. XXIII. 24. p. 832.

Müller, R., u. W. von Noorden, Theilweise Symphyseotomie statt Kaiserschnitt. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 48.

Münder, Fr., Ueber d. Geburtsverhältnisse im frühen Lebensalter. Arch. f. Gynäkol. XLV. 1. p. 1.

Nandrup, S., En Trillingsfödsel. Gynäkol. og obstetr. Meddelelser X. S. 110.

Nikiforow, M., Zur Frage über die puerperale Eklampsie. Med. Obosr. 16. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Nikitin, M. D., Die Lehre von d. plötzl. Geburten. Westn. obschtsch. gig., ssud. i prakt. med. Jan., März, April. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Oker-Blom, M., Lithopaedion sitte 6 vuotta ja 3 vuotta sen jälken tavallinen raskaus ynnä luonnollinen synnytys. [Lithopädion seit 6 J., u. 3 J. nach normaler Schwangerschaft mit folgender normaler Entbindung.] Duodecim IX. 11 ja 12. S. 224.

Oker-Blom, M., Supistunut emäkohtu synnyttämis-esteenä. [Contraktion d. Uterus als Geburtshinderniss.] Duodecim IX. 11 ja 12. S. 226.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Oliver, Thomas, Anaemia of a grave character occurring during pregnancy. Lancet I. 1; Jan. 1894.

Oui, Diagnostic et traitement des hémorrhagies après la délivrance. Revue d'Obstétr. VI. p. 343. Nov.—Déc.

Paquy, E., Traitement de l'hémorrhagie dans l'insertion vicieuse du placenta. Gaz. de Par. 49.

Parkes, Louis C., Puerperal septicaemia. Brit. med. Journ. Dec. 16. p. 1355.

Patterson, Charles S., A case of brow presentation in rickety pelvis, conjugate 3¼ inches; turning 27 hours after rupture of membranes. Lancet II. 20. p. 1185. Nov.

Pennino, S., Rendiconto biennale del movimento clinico (Ist. obstetr. e ginecol. della R. univ. di Catania). Rif. med. IX. 289.

Pilliet, Sulla rottura della tuba uterina gravida. Gazz. degli Ospit. XIV. 137.

Pinard, Signes, diagnostic et traitement de la grossesse ectopique après le sixième mois. Semaine méd. XIV. 1. 1894.

Playfair, W. S., Puerperal septicaemia. Lancet II. 22. p. 1342. Nov.

Potjeenko, W., Ueber meine geburtshülfl. Thätigkeit auf d. Lande vom Februar 1885 bis Jan. 1893. Shurn. akusch. i shensk. bol. 8. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Potocki, J., De l'abaissement prophylactique et curatif du pied dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses. Ann. de Gynécol. XL. p. 325. Nov.

Ramdohr, C. A. von, Erster Jahresbericht d. geburtshülfl. Poliklinik d. N. Y. Post graduate med. School. New Yorker med. Mon.-Schr. V. 12. p. 475.

Redlich, Joh. Ernst, Ueber ein Lustrum poliklin. Geburtshülfe. Inaug.-Diss. Jurjew [Dorpat]. E. Karow. Lex.-8. 86 S. 1 Mk. 60 Pf.

Resnikow, O. A., Künstl. Abortus, hervorgerufen durch Selbsteinführung einer Gummisonde in d. Uterus. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 44.

Rosenthal, Enges Becken u. Kolpeurynter. Arch. f. Gynäkol. XLV. 1. p. 139.

Rosenthal, N., Zur Behandl. d. Asphyxia neonatorum. Therap. Monatsh. VII. 11. p. 555.

Rossi, Doria T., Contributo allo studio del tetano puerperale specialemente in rapporto alla diagnosi batteriologica. Policlinico I. 2; Jan. 1894.

Routier, A., De la terminaison spontanée de l'accouchement dans la présentation de l'épaule. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 58 pp.

Ryan-Tenison, Edward, Puerperal septicaemia. Brit. med. Journ. Dec. 30. p. 1451.

Sänger, M., Ueber Graviditas ectopica. Schmidt's Jahrbb. CCXLI. p. 70.

Schmidt, Hugo, Nochmals vom Geburtsmechanismus. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 50.

Schneider, Justus, Ein conservativer Kaiserschnitt mit glückl. Erfolge f. Mutter u. Kind. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 46.

Seeligmann, L., Ueber Osteomalacie. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 44.

Smith, E. H., A bifid uterus with twins. New York med. Record XLV. 1. p. 14. Jan. 1894.

Smith, Henry H., A case of accidental hemorrhage in the first stage of labor at full term. Med. News LXIII. 25. p. 687. Dec.

Sperling, Max, Zur Casuistik d. Embolie d. Lungenarterie während d. Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett, nebst einigen epikrit. Bemerkungen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 2. p. 439.

Ssolowjew, A. N., Zur Lehre von d. Extrauterinschwangerschaft. Anheftung des Eies an ein Fibrom. Shurn. akusch. i shensk. bol. 5. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 8.

Stephenson, William H., Scarlet fever during pregnancy and the puerperium. Lancet II. 21. p. 1246. Nov.

Stocker, Siegfried, Ein Fall von Cervikalschwangerschaft. Schweiz. Corr.-Bl. XXIII. 23.

Strassmann, Paul, Ueber Geburtshülfe u. Gynäkologie in England. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 45. 46. 47.

Tait, Lawson, Note on the alleged occurrence of ovarian pregnancy, being an explanation of some cases which have been published as belonging to this variety of ectopic gestation. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 387. 1892.

Tait, Lawson, A case of interstitial tubal pregnancy, successfully treated by abdominal section. Lancet I. 2. p. 88. Jan. 1894.

Theilhaber, Zur Frage d. Behandlung d. nachfolgenden Kopfes. Gynäkol. Centr.-Bl. XVII. 49.

Tournay, Cas remarquable de grossesse extra-utérine; laparotomie infructueuse; hystérectomie par morcellement; guérison. Presse méd. XLV. 53.

Townsend, Charles W., Cases of extrauterine pregnancy. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 18. p. 438. Nov.

Varnier, H., La symphyséotomie est-elle une opération à la portée du praticien. Revue d'Obstétr. VI. p. 257. Sept.

Varnier, H., Des causes de la mortalité maternelle et foetale dans la symphyséotomie. Ann. de Gynécol. XL. p. 372. Nov.

Varnier, H., Pronostic et traitement de la présentation de la face. Revue d'Obstétr. VI. p. 289. Oct.

Veit, J., Aseptische Grundsätze in d. Geburtshülfe. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 3. 1894.

Vinay, Ch., Etiologie et pathologie de l'éclampsie puerpérale. Arch. gén. p. 653. Déc.

Walker, Alex. Hope, Haematoma of labium obstructing delivery. Brit. med. Journ. Jan. 13. p. 62. 1894.

Wallich, De l'avortement dans la syphilis. Gaz. hebd. 2. S. XXX. 43.

Walther, Heinrich, Dystokie in Folge übermässiger Ausdehnung d. fötalen Harnblase. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 2. p. 333.

Walther, H., Ueber einen Fall von Metritis dissecans puerperalis. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 2. 1894.

Webster, J. C., The etiology of ectopic gestation. Edinb. med. Journ. XXXIX. 5. p. 402. Oct.

Wehle, J., Die Walcher'sche Hängelage u. ihre prakt. Verwerthung b. geburtshülfl. Operationen. Arch. f. Gynäkol. XLV. 2. p. 323.

Weiss, Otto von, Ueber Placenta membranacea u. ihre Beziehungen zur Placenta praevia. Wien. klin. Wchnschr. VI. 51.

Westphalen, Fr., Beitrag zur Casuistik d. Nabelschnurverletzungen unter d. Geburt. Arch. f. Gynäkol. XLV. 1. p. 94.

Wettergren, Carl, Ett kejsarsnitt. Hygiea LV. 11. S. 455.

Wheaton, S. W., 2 cases of uterus septus and the effects of this condition upon labour. Lancet II. 26; Dec.

Wretlind, E. W., Några upplysningar rörande våra barnmorskeförhållanden. Hygiea LV. 10. S. 402.

Zweifel, P., 2 neue Gefrierschnitte Gebärender. I. Ein Kind, welches nach d. Geburt d. Kopfes im Geburtskanale stecken blieb. II. Ein Kind nach d. Wendung auf d. Fuss in d. Leiche d. Mutter. Leipzig. Veit u. Co. Gr. Fol. 15 S. mit 3 Fig., 10 lithogr. Tafeln u. 5 Stereoskopbildern. 28 Mk.

S. a. I. Munk. II. Duval, Hepburn, Lange, Lawrew, Schrader, Woerz. III. Dean. IV. 2. Ballantyne, Vinay; 8. Edgeworth; 10. Staub. V. 2. c. *Krankheiten d. Mamma.* VI. Aust, Barnes, Strassmann. XIII. 2. Barnes, Bloom, Dimmock, Garner, Gottschalk, Israelson, Kayser, Krohl, Meyer. XVI. Siehe.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

VIII. Krankheiten der Kinder.

Adserson, H., Marthahjemmets Poliklinik [for Börn] 1892—1893. Ugeskr. f. Läger 4. R. XXVIII. 17.

Adserson, H., Linea fusca hos Börn. Gynäkol. og obstetr. Meddelelser X. S. 43.

Arbeiten a. d. Kaiser- u. Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause in Berlin. Band II. Herrn Dr. *Rud. Virchow* zum 50. Doctorjubiläum am 21. Oct. 1893 gewidmet von Dr. *Adolf Baginsky*. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. VIII u. 358 S. 11 Mk. [Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6.]

Baginsky, Adolf, Aus d. innern (med.) Abtheilung d. Kaiser- u. Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenh. in Berlin (Influenza. Akuter Gelenkrheumatismus. Malaria.) Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 149.

Baginsky, Adolf, u. Dronke, Beiträge zur Ernährung kranker Kinder d. vorgeschritteneren Altersstufen. Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 388.

Carpenter, George, Pneumonia of delayed resolution and fibroid phthisis of childhood. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. 4. p. 414. Oct.

Chmellicek, J. F., Some new features in the etiology and treatment of cholera infantum. Pacif. Record VIII. 4. p. 51. Nov.

Congress, pädiatr., zu Neapel vom 20. bis 24. Oct. 1892. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 104.

Diphtherie s. III. *Abel, Bernhard, Ledoux.* IV. 2. *Baginsky, Barbier, Bayliss, Bonain, Cordwent, Councilman, Culkin, Diphtheria, Englund, Ernst, Escherich, Guelpa, Janson, Johnson, Kanellis, Kossel, Laborde, Macdonald, Nikitin, Orth, Philip, Plicque, Regli, Scudder, Seibert, Sutton, Wilks, Williams, Winternitz;* 8. *Friedenwald, Gay, Hawthorne.* X. *Valude.* XI. *Treitel.* XIII. 2. *Fraser, Frölich, Goubeau, Höring, Landes.* XV. *Solbrig.*

Donkin, H. B., The diseases of childhood. London. Griffin and Co. 8. 444 pp. 16 Sh.

Drury, Henry C., The medical care of children. Dubl. Journ. XCVII. p. 12. Jan. 1894.

Dungern, Emil v., Ein Fall von hämorrhag. Sepsis b. Neugebornen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 17.

Franqué, Otto v., Ueber sogen. fötale Rhachitis. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Gesellsch. zu Würzb. 6.

Gerner, J. C., Skrofulöse Börns Ophold i Snogebäk i Aaret 1893. Ugeskr. f. Läger 4. R. XXVIII. 22.

Hapke, Theodor, Ueber d. Bestimmung d. Herzresistenz b. Kindern. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 42 S. mit 1 Tab. 1 Mk.

Hartmann, Ant. Jul., Zur Desinfektion d. Kindermundes. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XI. 11. p. 439. Nov.

Henle, A., Pseudotuberkulose b. neugeb. Zwillingen. Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen p. 143.

Hennig, Carl, Die Krankheiten d. Thymusdrüse. [Handb. d. Kinderkrankh., herausgeg. von *C. Gerhardt.* 3. Nachtrag.] Tübingen. H. Laupp. Gr. 8. VII u. 47 S. mit 4 Abbild. 1 Mk. 20 Pf.

Hertel, Axel, Bidrag til Belysning af Sygdomsforholdene i Barnealderen. Ugeskr. f. Läger 4. R. XXVIII. 25. 26.

Hutinel, Cirrhoses cardiaques et cirrhoses tuberculeuses chez l'enfant. Revue des Mal. de l'Enf. XI. p. 529. Déc. 1893; XII. p. 15. Janv. 1894.

Keuchhusten s. III. *Cohn.* IV. 2. *Méry, Taub.* XIII. 2. *Baron.* XVIII. *Eber.*

Klamann, Ein Fall von Pemphigus neonatorum. Berlin. O. Coblentz. Gr. 8. 3 S. 1 Mk.

Koplik, Henry, Acute alcoholic intoxication in infants, and the abuse of alcohol in the gastro-intestinal disorders of infancy. Med. News LXIII. 18. p. 481. Oct.

Lane, W. Arbuthnot, The causation and treatment of hydrocele and hernia in young infants. Brit. med. Journ. Nov. 25.

Lefert, P., La pratique des maladies des enfants dans les hôpitaux de Paris. Paris. Baillière et fils. 16. 285 pp. 3 Frcs.

Lichtenstein, Alfred, Ueber d. Geschmackempfindung gesunder u. rhachitischer Kinder. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 76.

Ljwow, J., Die Winkel'sche Krankheit der Neugebornen (Cyanosis afebrilis perniciosa ictericacum haemoglobinuria). Med. Obosr. 14. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Marfan, A. B., et Louis Guinon, Cachexie pachydermique sans idiotie chez un enfant. Revue des Mal. de l'Enf. XI. p. 481. Nov.

Masern s. IV. 2. *Behrendt, Kirjakow.*

Papiewski, Wladyslaw, Ueber d. Starrkrampf d. Neugebornen. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 39.

Power, D'Arcy, An analysis of 72 cases of ununited fracture occurring in the long bones of children. Med.-chir. Transact. LXXV. p. 119. 1892.

Quisling, N. A., Kliniske Studier over icterus neonatorum. Norsk Mag. f. Lägevidensk. S. 148. 226. — Arch. f. Kinderhkde. XVII. 1 u. 2. p. 32.

Rehn, H., Ein weiterer Fall von kindl. Scorbut mit subperiostealen Blutungen. Cheadle-Barlow'sche Krankheit. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 107.

Scharlachfieber s. IV. 2. *Atkinson, Baginsky, Bayliss, Caddy, Carslaw, Childe, Cloud, Cuthbert, Doidge, Gerner, Gluck, Griffiths, Holowtschiner, Janson, Johnson, Ivatts, Spear, Tonkin.* VII. *Stephenson.* XIX. *Magelssen.*

Schmidt, Alexander, Beobachtungen über Ikterus d. Neugebornen. Arch. f. Gynäkol. XLV. 2. p. 283.

Schönberg, E., Svek [Rhachitis]. Norsk Mag. f. Lägevidensk. S. 1181.

Ssokolow, D., Zur Frage über die Anwendung hoher Klystire b. Kindern. Boln. gas. Botk. 39—43. — Petersb. med. Wchnchr. Russ. med. Lit. 9.

v. Starck, Zur Casuistik d. Barlow'schen Krankheit. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 68.

Tissier, Paul, Des rhinites aiguës chez le nouveau-né et chez l'enfant. Revue des Mal. de l'Enf. XII. p. 1. Janv. 1894.

Ullmann, Entleerung von Schleimconkretionen b. einem Neugebornen. Deutsche med. Wchnschr. XX. 2. p. 37. 1894.

Wertheimer, M., Zur Säuglingssterblichkeit im Grossherzogthum Baden. Bad. ärztl. Mittheil. XLVII. 17. 18.

S. a. II. Arthaud, Biedert, Carmichael, Colrat, Czerny, Schaffer, Ssaweljew. III. Gärtner, Wullstein. IV. 2. Atkinson, Ballantyne, Cuthbert, Fahm, Holowtschiner, Ivatts, Koch, Wilischanin; 3. Baruch, Federici, Francke, Miller, Reinhold; 4. Coley, Simon, Wyss; 7. Cohn, Kissel; 8. Bernhardt, Bézy, Edgeworth, Freud, Hadden, Intlekofer, Koenig, Kohnstamm, Lannois, LeGendre, Londe, Massalongo, Raymond, Remak, Simon, Sturges; 9. Fischl, Sharp; 10. Le Gendre, Staub; 11. Ferreira, Himowich; 12. Giarrè, Pagliani. V. 1. Féré, Gluck; 2. a. Johnson, Solis, Tschernomor, Weill; 2. b. Krug; 2. d. Aldibert, Mettenheimer, Ransom; 2. e. Bonsdorff, Gibney, Guillemain, Sainton. VI. Barker, Dorant, Péron, Wolfowitsch. VII. Adenot, Rosenthal. X. Cohn, Randall. XI. Cnopf, Kossel, Lichtwitz, Massei, Richter, Stein, Wackerle. XIII. 2. Ferreira, Rüdel. XIV. 4. Laborie. XV. Charpentier, Höpfner, Plaut, Rotch, Unger. XIX. Bibliothek. XX. Finlayson, Troitzky.

IX. Psychiatrie.

Allara, Vincenzo, Der Krotinismus. Seine Ursachen u. seine Heilung. Studie. Autoris. Uebersetzung

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

von *Hans Merian*. Leipzig. W. Friedrich. Gr. 8. VIII u. 388 S. mit 2 Tab. 6 Mk.

Asile de la Roche-sur-Yon. Arch. de Neurol. XXVI. p. 300.

Baker, Lucius W., A few cases of mild, mental disturbance. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 22. p. 537. Nov.

Ballet, Gilbert, La période prodromique à forme neurasthénique dans la paralysie générale. Semaine méd. XIII. 67.

Barbour, P. F., Melancholia. Amer. Pract. and News XVI. 9. p. 329. Nov.

Beach, Fletcher, The education of imbeciles and idiots. Lancet II. 20. p. 1216. Nov.

Bechterew, W. von, Ueber ununterdrückbares Lachen oder Lachzwang b. d. Hirnparalyse. Neurol. Centr.-Bl. XII. 21. p. 754.

Berkley, Henry J., Dementia paralytica in the negroe. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. IV. 34. p. 94. Oct.

Beyer, Zur Pathologie d. akuten hallucinator. Verworrenheit. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 2. p. 92. 1894.

Bjeljakow, S., Ueber Selbstmord u. Unglücksfälle in Irrenanstalten. Westn. psich. i nevropat. X. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 21. p. 753.

Binder, Die Dichtkunst b. Geisteskranken in ihren Beziehungen zu d. Frage „Genie u. Irresein.“ Württemb. Corr.-Bl. LXIII. 28—32.

Bley, O., Epilepsie u. Geistesstörung. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 52.

Blumenau, M., Zur Casuistik d. Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten. Boln. gas. Botk. 42. 43. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Boissier, F., et G. Lachaux, Perversions sexuelles à formes obsédantes. Arch. de Neurol. XXVI. p. 374. Nov.

Boissier, Fr., et G. Lachaux, Contribution à l'étude clinique de la kleptomanie. Ann. méd.-psychol. 7. S. XIX. 1. p. 42. Janv.-Févr. 1894.

Bondurant, E. D., Bright's disease and insanity. Alienist and Neurologist XIV. p. 178. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 23. p. 833.

Bondurant, E. D., Note upon the occurrence of indican in the urine of insane patients. New York med. Record XLIV. 26. p. 806. Dec.

Bramwell, Byrom, Clinical remarks on a case of sporadic cretinism. Brit. med. Journ. Jan. 6. 1894.

Bristowe, Herbert C., A case of general paralysis of the insane at the time of puberty. Brit. med. Journ. Nov. 18. p. 1099.

Brower, D. R., First care and aids to the insane. Pacific Rec. VIII. 3; Oct.

Congrès de médecins aliénistes de France et des pays de langue française, tenu à La Rochelle du 1 au 9 août 1893. Neurol. Centr.-Bl. XII. 20. p. 701.

Davies, Sidney, Indian hemp and insanity in Egypt. Brit. med. Journ. Nov. 4. p. 1027.

Féré, Ch., Note sur une amnésie consécutive à des idées obsédantes. Revue neurol. I. 23. p. 653. Déc.

Fraenkel, M. O., Ueber eine Depressionsform d. Intelligenz in sprachl. Beziehung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. VI. 2 u. 3. p. 230.

Friedmann, M., Ueber d. primordiale menstruelle Psychose (d. menstruale Entwicklungspsychose). Münchn. med. Wchnschr. XLI. 1. 2. 3. 1894.

Gudden, Hans, Ueber einen eigenthüml. Fall von Selbstverstümmelung u. Selbstbefriedigung in Folge erworbener sexueller Perversität. Charité-Ann. XVIII. p. 743.

Hellier, John B., A case of sporadic cretinism treated by feeding with thyroid extract. Lancet II. 19; Nov.

Holmboe, M., Simulation af Sindssygdomme. Norsk Mag. f. Lägevidensk. S. 129.

Hospital, Curieuses érotomanies. Ann. méd.-psychol. 7. S. XIX. 1. p. 55. Janv.-Févr. 1894.

Ignatjew, M., Bericht über d. Verpflegung u. Behandlung der Irren in Russland im J. 1890. Wjestn. obschtsch. gig. etc. XVII. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 21. p. 753.

Joffroy, Alix, De la méthode anatomo-clinique en médecine mentale. Progrès méd. XXI. 48.

Jolly, F., Ueber Irrthum u. Irresein. Berlin. A. Hirschwald. 8. 32 S. 80 Pf.

Jolly, F., Ueber Hypnotismus u. Geistesstörung. Arch. f. Psych. XXV. 3. p. 599.

Juliusberger, P., Beitrag zur Casuistik u. Aetiologie d. Pneumoniepsychosen. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 48.

Kaarsberg, Hans, Litteratur og Psykopati. Ugeskr. f. Läger 4. R. XXVIII. 18. 19.

Koch, J. L. A., Laienpsychiatrie. Irrenfreund XXXV. 7 u 8.

Köppen, Max, Ein Fall von uräm. Psychose mit Symptomen d. Rindenblindheit. Charité-Ann. XVIII. p. 709.

Kraepelin, Emil, Psychiatrie. 4. Aufl. Leipzig. Ambr. Abel. Gr. 8. XV u. 702 S. 13 Mk. 50 Pf.

Kraepelin, E., Ueber Ueberwachungsabtheilungen. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 2. p. 90. 1894.

Lachaux, G., De la dissimulation des idées de grandeur dans le délire chronique à évolution systématique. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 97 pp.

Laehr, Heinrich, Gedenktage d. Psychiatrie u. ihrer Hülfsdisciplinen in allen Ländern. 4. Aufl. Berlin. Georg Reimer. 8. XIV u. 478 S. 12 Mk.

Lailler, A., De la peptonurie chez les aliénés. Ann. méd.-psychol. 7. S. XIX. 1. p. 27. Janv.-Févr. 1894.

Leppmann, A., Der seelisch Belastete u. seine ärztl. Ueberwachung. [Berl. Klin. 66.] Berlin. Fischer's med. Buchh. 8. 24 S. 60 Pf.

Meinong, A., Beiträge zur Theorie d. psych. Analyse. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. VI. 4 u. 5. p. 340.

Menereul, L., Cas d'idiotie symptomatique d'une atrophie de l'hémisphère gauche (lobes pariétaux et occipitaux). Ann. méd.-psychol. 7. S. XXVIII. 3. p. 428. Nov.—Déc.

Moreau, P., Edgard Poë. Etude de psychologie morbide. Ann. méd.-psychol. 7. S. XIX. 1. p. 5. Janv.—Févr. 1894.

Nolan, J., Syphilitic general paralysis. Journ. of ment. Sc. April. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 22. p. 794.

Oliver, Charles A., The relation of the patellar tendon-reflex to some of the ocular reflexes found in general paralysis of the insane. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 544. — Med. News LXIII. 20. p. 543. Nov.

Ord, William Wallis, Some cases of sporadic cretinism, treated by the administration of thyroid extract. Lancet II. 19; Nov.

Osler, William, On sporadic cretinism in America. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. 5. p. 503. Nov.

Page, Herbert W., A case of so-called concussion of the brain followed by acute mania. Lancet II. 26; Dec.

Pailhas, Obsessions survenues au cours d'une atteinte d'influenza. Ann. méd.-psychol. 7. S. XXVIII. 3. p. 426. Nov.—Déc.

Paterson, A. Gordon, A case of sporadic cretinism in an infant; treatment by thyroid extract. Lancet II. 19; Nov.

Peterson, Frederick, The relation of syphilis to general paresis. New York med. Record XLIV. 24. p. 741. Dec.

Piper, Herm., Zur Aetiologie d. Idiotie. Mit einem Vorworte von *W. Sander*. Berlin. Fischer's med. Buchh. Gr. 8. VIII u. 199 S. 4 Mk. 50 Pf.

Platonnow, J. J., Zur Frage über d. allgem. pro-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

gress. Paralyse d. Irren u. ihre Bedeutung b. Syphilitikern. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. IV. p. 505. Nov.

Pontoppidan, Knud, Hallucinationerne. Bibl. f. Läger 5.

Potovski, Ostéo-arthropathie aiguë chez une aliénée. Nouv. Iconogr. de la Salp. VI. 6. p. 322. Nov.—Déc.

Régis, E., Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Arch. clin. de Bord. II. 10. 11. p. 483. 533. Oct.-Nov.

Régis, E., Cas de folie consécutive à une ovariosalpingectomie. Gaz. de Par. 41.

Ribot, Th., Patholog.-psycholog. Studien. Uebersetzt von *F. Th. F. Pabst.* Berlin. G. Reimer. Gr. 8. IV u. 150 S. 2 Mk. 40 Pf.

Rieger, Conrad, Die Psychiatrie in Würzburg von 1583 bis 1893. Unter Mitwirkung von *C. Lutz, R. von Horstig, Robert Sommer, R. Götze* u. *B. Bernard.* [Verh. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. N. F. XXVII. 2.] Würzburg. Stahel. 8. 74 S.

Rieger, Die neue psychiatr. Klinik d. Universität Würzburg. Berlin. Julius Springer. 8. 14 S. mit 1 Plane.

Robertson, Alexander, Case of marked improvement in general paralysis, with remarks on treatment. Glasgow med. Journ. XL. 6. p. 414. Dec.

Roller, Die fürstl. Lippische Heil- u. Pflegeanstalt Lindenhaus in Brake bei Lemgo. Bericht über d. JJ. 1891 u. 1892. Bielefeld. Velhagen u. Klasing. 8. 61 S.

Schönfeldt, Max, Ueber d. inducirte Irresein (folie communiquée). Inaug.-Diss. Jurjew [Dorpat] 1893. E. J. Karow. Gr. 8. 174 S. mit 3 Tafeln. 3 Mk. 60 Pf. — Neurol. Centr.-Bl. XIII. 1. p. 41. 1894.

Schüle, Ueber Besuche d. Angehörigen in d. Anstalten. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 2. p. 85. 1894.

Schultze, B. S., Die Psychiatrie Prüfungsgegenstand f. alle Aerzte? Eine Entgegnung an Herrn Prof. Dr. *Otto Binswanger* auf seine Schrift: „d. Psychiatrie als obligator. Unterrichts- u. Prüfungsgegenstand. Sep.-Votum zur Aufklärung u. Widerlegung d. Denkschrift d. Herrn Geh. Hofr. Prof. Dr. *Schultze.*" Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. 13 S. 50 Pf.

Séglas, J., Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Arch. gén. p. 532. Nov.

Séglas, J., et G. Brouardel, Persécutés auto-accusateurs, et persécutés possédés. Arch. de Neurol. XXVI. p. 433.

Semelaigne, René, Automatisme ambulatoire. Ann. méd.-psychol. 7. S. XIX. 1. p. 71. Janv.—Févr. 1894.

Sioli, Ueber Ueberwachungsabtheilungen. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 2. p. 89. 1894.

Sommer, Die Wärterfrage. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. IV. p. 605. Dec. 1893. — Neurol. Centr.-Bl. XIII. 2. p. 94. 1894.

Spoyr, W. v., Ueber einige Fälle von geistiger Erkrankung im Militärdienste. Schweiz. Corr.-Bl. XXIII. 22.

Spratling, William Philip, The origin of the non-restraint system in the treatment of insane. New York med. Record XLIV. 12. p. 683. Nov.

Turner, John, Some further remarks on expression in the insane. Journ. of ment. Sc. April. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 23. p. 833.

Vigouroux, Contribution à l'étude de la démence précoce. Ann. méd.-psychol. 7. S. XIX. 1. p. 62. Janv.—Févr. 1894.

Walker, A. W. Hinsley, Indian hamp and insanity in Egypt. Brit. med. Journ. Oct. 28. p. 969.

Westphal, A., a) Aetiologisches u. Symptomatologisches zur Lehre von d. progress. Paralyse d. Irren. — b) Ein Fall von progress. Paralyse b. einem 15jähr. Mädchen, mit anatom. Befund. Charité-Ann. XVIII. p. 719. 732.

S. a. II. Adamkiewicz, Müller. III. Binswanger, Dagonet, Popoff, Rasori. IV. 8. *Epilepsie; Hypnotismus; Hysterie,* Bourneville, Konrád, Robertson, Sommer. V. 2. b. Mitchell; 2. c. Chiari. XI. Fürer. XVI. Brouardel, Camuset, Justi, Metzquer, Näcke, Naumow, Siemerling, Stark.

X. Augenheilkunde.

Albrand, Sehproben. Leipzig. Hartung u. Sohn. Gr. 4. 4 Tafeln. 3 Mk. 20 Pf.

Axenfeld, Th., Seltene Cirkulationsanomalie der Netzhaut: Rückfluss d. venösen Blutes grösstentheils in d. Chorioidea. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. p. 11. Jan. 1894.

Bach, Ludwig, Die tuberkulöse Infektion des Auges. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 1. p. 36.

Banister, J. M., Rifle practice in relation to eyestrain. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. p. 552. Nov.

Becker, H., Mikrophthalmus mit Orbitapalpebralcyste. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 1. p. 81.

Bericht über die Leistungen u. Fortschritte der Augenheilkunde im 1. u. 2. Quartal 1893. Arch. f. Augenhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 1.

Bloch, Sigmund, Ein Fall von Leukosarkom d. Conjunctiva. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 51.

Bock, Emil, Die angeb. Kolobome d. Augapfels. Eine anatom. u. klin. Studie. Wien. J. Safář. Gr. 8. III u. 212 S. mit 29 Abbild. auf 6 Lichtdrucktafeln u. 6 Figg. 8 Mk.

Bossis, A., La tuberculose de l'iris. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 115 pp.

Bouquet, P., Cancer métastatique de la choroïde. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 54 pp.

Braunschweig, Paul, Die primären Geschwülste d. Sehnerven. Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 4. p. 1.

Bugge, Jens, Spontan Udstöden af corpus alienum bulbi. Norsk Mag. f. Lägevidensk. S. 273.

Bull, C. S., Gouty retinitis, chorioretinitis, and neuro-retinitis. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 473.

Burbo, Barbara, Recherches sur la relation entre la courbure de la sclérotique et celle de la cornée dans le méridien horizontal. Diss. Clermont (Oise). Bern. H. Koerber. Gr. 8. 16 pp. 40 Pf.

Carpenter, J. G., Relation between diseases of the eye. Univers. med. Mag. VI. 2. p. 109. Nov.

Caspar, L., Weitere Fälle von ophthalmoskop. sichtbarer Ektasie am hintern Augenpol b. hochgradiger Myopie. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 1. p. 75.

Chisolm, Francis M., Repeated and profuse hemorrhage subsequent to the puncture of a Meibomian cyst. New York med. Record XLIV. 17. p. 523. Oct.

Claiborne, John Herbert, Blunt-hook and hook-knife for facilitating the operation for secondary cataract. New York med. Record XLIV. 18. p. 575. Oct.

Coggin, David, Hinc illae lacrymae [zur Behandl. d. Thränenwege]. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 19. p. 465. Nov.

Cohn, Herm., Tafel zur Prüfung d. Sehschärfe d. Schulkinder, Soldaten, Seeleute u. Bahnbeamten. Nach *Snellen's* Princip entworfen. 4. Auflage. Breslau. Pribatsch. 4. Mit 1 Bl. Text. 50 Pf.

Cohn, H., Transparente Sehproben. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 47.

Couetoux, Statistique étiologique de la kératoconjonctivite. Ann. d'Oculist. CX. 4. p. 244. Oct.

Dabney, S. G., Mydriatics, their use and abuse in ophthalmic practice. Amer. Pract. and News XVI. 6. p. 212. Sept.

Demetriadè, L'ophthalmie purulente d'Egypte et ses rapports avec le trachome. Ann. d'Oculist. CXI. 1. p. 19. Janv. 1894.

Dobroserdof, A., Nochmals d. Grösse d. Augenspalte u. d. Trachom. Westn. oftalm. Juli—Oct. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Dunn, John, An enucleation hook. A cataract hook. A set of needle canaliculus probes. New York med. Record XLIV. 12. p. 702. Nov.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Elliott, R. H., A case of fibro-sarcoma of the orbit. Lancet II. 22. p. 1308. Nov.

Eversbusch, Ein bemerkenswerther Fall von Iriscysten-Bildung; zeitweiliges theilweises Verschwinden, bedingt durch Zerreissung d. Cystenwand; Recidivbildung; Heilung durch Punktion mit tangentialer Spaltung der Cystenwände. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. p. 409. Dec.

Fick, A. Eugen, Verwahrung [Contaktbrille]. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 1. p. 127.

Fromaget, Episclérite gommeuse syphilitique. Ann. d'Oculist. CX. 4. p. 265. Oct.

Fukala, 2 nouvelles méthodes pour guérir l'ectropion consécutif aux blépharites et l'ectropion sénile. Ann. d'Oculist. CXI. 1. p. 43. Janv. 1894.

Gallemaerts, Phlegmon des 2 orbites. Journ. de Brux. LI. 44. p. 705. — Mercredi méd. 45.

Germaix, Pseudo-rétinite pigmentaire. Ann. d'Oculist. CX. p. 276. Oct.

Golowin, S. S., Zur operativen Behandlung der Ptosis congenita. Chir. Ljetop. III. 4. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Gould, George M., Exophoria curable without operation. Med. News LXIII. 16. p. 424. Oct.

Graefe, Alfred, Haben wir durch Einführung d. Rechnung mit Dioptrien etwas gewonnen? Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. p. 429. Dec.

Groenouw, Arthur, Ueber d. Verminderung d. Erwerbsfähigkeit durch Sehstörungen. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 42. 43. 44.

Grossmann, L., Ueber reflektor. Hyper- u. Anästhesie d. Retina. Wien. med. Presse XXXIV. 45—48.

Gruening, E., A case of spindle-celled sarcoma of the lid. Transact. of the Amer. ophthalmol. Soc. XXIX. p. 505.

Haab, O., Die wichtigsten Störungen d. Gesichtsfeldes. [Augenärztl. Unterrichtstafeln, herausgeg. von *H. Magnus*. V. Heft.] Breslau. J. U. Kern's Verl. Gr. 8. 21 S. mit 2 farb. Taf. von 89 × 50 cm. 4 Mk. 50 Pf.

Haab, O., Ueber d. Anwend. sehr grosser Magnete b. d. Eisensplitterverletzungen d. Auges. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 1. 1894.

Hansell, Howard F., The ocular sequelae of exposure of the sun. Med. News LXIII. 18. p. 486. Oct.

Harlan, G. C., A case of tumor of the iris probably tubercular. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 510.

Helmholtz, Hermann v., The history of the ophthalmoscope. New York med. Record XLIV. 25. p. 769. Dec.

Hersing, Ein Taschenbrillenkasten. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. p. 21. Jan. 1894.

Hess, Carl, Eine Operationsmethode gegen Ptosis. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 1. p. 22.

Higgens, C., Extraction of cataract. Lancet II. 20; Nov.

Hirschberg, J., Ein Fall von melanot. Sarkom d. Ciliarkörpers. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 50.

Holt, E., Removal of steel from the vitreous by the electro-magnet. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 546.

Howe, L., On the removal of hard cataract by suction. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 594.

Jackson, Edward, Tests for heterophoria, and their comparative value. Med. News LXIII. 17. p. 454. Oct.

Jackson, Edw., Indirect massage of the lens for the artificial ripening of cataract. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 523.

James, C. E., Case of rupture of the eye-ball and impaction of a foreign body in the antrum. Brit. med. Journ. Dec. 2. p. 1213.

Jankowski, Boleslaw, Beitrag zur Myopiefrage. [Mitth. a. Klin. u. med. Inst. d. Schweiz I. 2.] Basel. C. Sallmann. Gr. 8. 57 S. 2 Mk.

Iblitz, Friedrich, Kommt Pupillendifferenz auch b. Leuten vor, welche nicht augen- oder nervenkrank sind? Inaug.-Diss. Bonn. Druck von Jos. Bach Wwe. 8. 53 S.

Johnson, W. B., Suppression of the visual image. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 551.

Johnson, W. B., A permanent magnet for use in removing foreign bodies in the cornea. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 567.

Kamocki, V., Ein Fall von Fettentartung d. Hornhaut mit intermittirenden Reizerscheinungen. Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 4. p. 209.

Knapp, H., A case of traumatic dislocation of the iris under the unbroken conjunctiva; eye damaged, but preserved; typical sympathetic ophthalmia in the other eye. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 513.

Kollock, Charles W., Changes in refraction after cataract-extraction. Med. News LXIII. 25. p. 688. Dec.

Kostenitsch, J., Ueber einen Fall von Skleritis. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 1. p. 27.

Lagrange, Felix, De la désinfection du sac conjonctival. Ann. de la Policlin. de Bord. III. 3. p. 66. Nov.

Lydston, James A., A petrified eye. Med. News LXIII. 27. p. 731. Dec.

Magnus, H., Die Haupttypen d. ophthalmoskop. Veränderungen d. Augengrundes bei Allgemeinerkrankungen. [Augenärztl. Unterrichtstafeln, von *K. Magnus*, 4. Heft.] Breslau. J. U. Kerns Verlag. Gr. 8. 8 farb. Tafeln mit 12 S. Text. 6 Mk.

Magnus, H., Ueber einige neuere ophthalmolog. Arbeiten. Deutsche med. Wchnschr. XX, 1. 1894.

Millikin, B. L., Clinical notes on some refraction and muscular cases. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 580.

Mittheilungen aus d. St. Petersburger Augen-Heilanstalt. IV. Heft. St. Petersburg. C. Ricker in Comm. Gr. 8. 56 S. 2 Mk. 40 Pf.

Morison, Rutherford, Subconjunctival haemorrhage limited to the outer part of the eye. Lancet I. 1; Jan. 1894.

Morton, H. Mc J., An instrument for the rhythmical exercise of the ocular muscle; the phorotone. New York med. Record XLIV. 16. p. 508. Oct.

Nieden, A., Der Nystagmus d. Bergleute. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. X u. 140 S. mit 3 Figg. u. 10 Tafeln. 8 Mk. 60 Pf.

Nieden, A., Ueber Erythromelalgie u. Augenleiden. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 1. p. 1.

Oatman, E. L., Lid elevator and eye douche. New York med. Record XLV. 1. p. 30. Jan. 1894.

Oliver, Charles A., Clinical history of a case of spindle-celled sarcoma of the chorioid, with a study of the microscopic condition of the growth. Univers. med. Mag. VI. 3. p. 156. Dec. — Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 497.

Oliver, C. A., A series of wools for the ready detection of color blindness. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 538.

Peck, Edward S., The dietetic and hygienic management of certain types of ocular diseases. New York med. Record XLIV. 24. p. 737. Dec.

Pergens, Ed., Ein neues Verfahren zur operativen Ptosisbehandlung. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. p. 18. Jan. 1894.

Pertat, G., Du ptosis. Son traitement chirurgical particulièrement par le procédé de M. le prof. *Panas*. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 61 pp.

Pryce, T. D., A case of uratic deposit in the conjunctival membrane. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 70.

Randall, B. A., Can the loss of eyes by ophthalmia neonatorum always be prevented. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 568.

Randolph, Robert L., A case of panophthalmitis,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

caused by the bacillus coli communis. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. 4. p. 440. Oct.

Reche, An welcher Stelle soll man die optische Iridektomie machen. Arch. f. Augenhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 147.

Reeve, R. A., Case of pulsating exophthalmos in which both common carotid arteries were ligated. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 605.

Reissert, E., Ein Fall von Neuritis retrobulbaris mit plötzl. vollständ. doppelseit. Erblindung u. Wiederherstellung des Sehvermögens. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 1. p. 48.

Ring, Frank W., Ocular mask. New York med. Record XLIV. 18. p. 575. Oct. — Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 566.

Risley, S. D., Hemorrhagic glaucoma, its nature, prognosis and treatment. Univers. med. Mag. VI. 2. p. 85. Nov.

Robertson, D. Argyll, The therapeutic contributions of ophthalmology to general medicine. Brit. med. Journ. Oct. 28.

Rosenmeyer, Ludwig, Ueber Atrophia nervi optici sympathica. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 1. p. 71.

Rydygier, Eine Modifikation d. Schnittführung b. totaler Ausräumung d. Augenhöhle. Wien. klin. Wchnschr. VI. 52.

Sachs, Theodor, Studien zur Pathologie d. N. opticus. Arch. f. Augenhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 154.

St. John, S. B., Restoration of the upper lid by a pedicle-flap taken from immediately below the lower lid. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 597.

Salzmann, Maximilian, Studien über d. Myosarkom d. Sehnerven. Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 4. p. 94.

Schapringer, A., Zur Erklärung d. transitor. Myopie b. Iritis, nebst Bemerkungen über diabet. Kurzsichtigkeit. New Yorker med. Mon.-Schr. V. 11. p. 423.

Schirmer, Otto, Zur Pathogenese des Schichtstaars. Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 4. p. 202.

Schoen, Wilhelm, Erworbene Brechungsänderungen des Auges. Arch. f. Augenhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 268.

Schröder, Theodor v., Die operative Behandl. d. hochgrad. Kurzsichtigkeit mittels Entfernung d. Linse. Aerztl. Centr.-Anzeiger VI. 3. 1894.

Schultze, 2 bemerkenswerthe Fälle von melanot. Sarkom d. Conjunctiva. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. p. 1. Jan. 1894.

Schwarzschild, H. Davison, A combined lachrymal gouge. New York med. Record XLIV. 22. p. 702. Nov.

Schweigger, C., Trichiasis-Operation. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. p. 447. Dec.

Schweinitz, G. E. de, Antisepsis in cataract extraction. Therap. Gaz. 3. S. IX. 11. p. 738. Nov.

Sitzung d. ophthalmolog. Gesellschaft zu Heidelberg vom 7.—9. Aug. 1893. Arch. f. Augenhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 295.

Standish, Myles, Retinitis punctata albescens. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 534.

Stevens, Geo. T., Quelques considérations sur la détermination et le traitement de l'hétérophorie. Ann. d'Oculist. CXI. 1. p. 28. Janv. 1894.

Straub, M,. Mededeelingen uit de oogheelkundige praktijk: 4 gevallen van nerveuse gezichtszwakte by mannen. Nederl. Weekbl. II. 18.

Theobald, S., Additional note in reference to the case of useful vision maintained by means of a totally dislocated lens heretofore reported to the Society. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 541.

Theobald, S., Cases of lateral heterophoria in which the vertical-diplopia test proved untrustworthy. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. XXIX. p. 587.

Topolanski, Die Therapie d. Chalazion. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 46.

Transactions of the American ophthalmological Society. XXIXth. annual Meeting. New London. Conn. 1893. Hartford. published by the Society. 8. p. 461—615.

Truc, H., Contagion du trachome (ophthalmie granuleuse). Semaine méd. XIII. 70.

Valude, Delle blefariti e loro trattamento. Gazz. degli Ospit. XIV. 127.

Valude, Conjonctivites à fausses membranes et diphtérie oculaire. Semaine méd. XIV. 1. 1894.

Wahlfors, K. R., Vom Schielen u. d. Ursachen desselben. Arch. f. Augenhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 207.

Wallace, James, Gonorrhoeal ophthalmia. Univers. med. Mag. VI. 4. p. 235. Jan. 1894.

Wecker, L. de, Les injections Séquardiennes en thérapeutique oculaire. Ann. d'Oculist. CX. 5. p. 346. Nov.

Willets, Joseph E., Horny epithelium or summer granulations, its relation to conjunctivitis trachomatosa. Med. News LXIII. 19. p. 514. Nov.

Williamson, G. E., A case of spindle-cell-sarcoma of the iris. Brit. med. Journ. Dec. 2.

Wolff, H., Ein neues Scheibeskiaskop mit selbstthätigem Spiegelapparat. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. p. 439. Dec.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie* III. Baas, Bach, Chassaud, Elschnig, Enderlen, Gley, Velhagen. IV. 8. *Basedow'sche Krankheit*, Adamkiewicz, Bard, Bruns, Cheatham, Darquier, Friedenwald, Fuchs, Knies, Kostenitsch, Mello, Schaffer, Sulzer, Vialet, Weiss, Wray; 11. Sstawski. XIII. 2. Ayers, Gagarin, Lagrange, Pennow, Silex. XVII. Breuning.

XI. Specielle Krankheiten der Nase, des Ohres, Kehlkopfes u. Rachens.

Aigre, Fracture du cricoïde, corps étranger du larynx. Ann. d'Hyg. 3. S. XXX. 6. p. 496. Déc.

Albespy, De la meilleure méthode de nettoyage de la caisse et d'application des agents thérapeutiques dans l'otorrhée. Revue de Laryngol. etc. XIV. 22. p. 969. Nov.

Barclay, Robert, On the difficulty of operation in the depth of the ear canal, with description and draining of new instruments for surmounting it. Transact. of the Amer. otol. Soc. V. 3. p. 500.

Barth, A., Bericht über d. Fortschritte im Gebiete d. normalen u. pathol. Anatomie u. Histologie d. Gehörorgans u. d. Nasenrachenraums in d. 1. Hälfte d. J. 1893. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIV. 4. p. 324.

Bartoli, L., Des végétations adénoïdes du pharynx nasal. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 127 pp.

Bauer, A., Bericht über d. Verhandlungen d. Abtheilung XX (Ohrenheilkunde) auf d. 65. Vers. d. Gesellsch. deutscher Naturforscher u. Aerzte in Nürnberg. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXV. 1 u. 2. p. 157.

Beausoleil, R., Des kystes osseux des cornets moyens. Revue de Laryngol. etc. XIV. 23. p. 1009. Déc.

Bezold, Friedr., Eine Entfernung d. Steigbügels. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIV. 4. p. 259.

Bezold, Friedr., Ein Fall von Stapesankylose u. ein Fall von nervöser Schwerhörigkeit mit d. zugehörigen Sektionsbefunden u. d. manometr. Untersuchung. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIV. 4. p. 267.

Bezold, Vorläuf. Mittheilungen über d. Untersuchungen d. Schüler d. Münchener Taubstummeninstituts. Münchn. med. Wchnschr. XL. 48.

Blake, Clarence J., a) Notes of 2 fatal cases of suppurative middle ear disease with brain-complications, and operation. — b) Statistics of the aural department in the Massachusetts charitable Eye and Ear Infirmary from April 1 to July 1. 1893. Transact. of the Amer. otol. Soc. V. 3. p. 425. 429.

Blake, Clarence J., Ueber d. Entfernung d. Steig-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

bügels. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXV. 1 u. 2. p. 86. — Transact. of the Amer. otol. Soc. V. 3. p. 464.

Bloch, E., Ueber d. Hörvermögen d. Taubstummen. Bad. ärztl. Mittheil. XLVII. 22.

Bloch, E., Die Methode d. centripetalen Pressionen u. d. Diagnose d. Stapesfixation. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXV. 1 u. 2. p. 113.

Bókai, J., 100 cas de sténose laryngée guéris par la méthode d'intubation. Ungar. Arch. f. Med. II. 2. p. 199.

Bonan, Corps étranger (os de mouton) implanté dans le larynx. Lyon méd. LXXIV. p. 217. Oct.

Bouffé, De la sténose nasale et de son traitement par la dilatation simple et rapidement progressive au moyen de bougies. Revue de Laryngol. etc. XIV. 22. p. 966. Nov.

Brannan, John Winters, Quinsy and its treatment by early incision. New York med. Record XLIV. 18. p. 549. Oct.

Browne, L., The throat and nose and their diseases. 4. ed. Philadelphia. Brothers and Co. 8. XX and 734 pp.

Burger, H., De zoogenaamde Tornwaldt'sche ziekte. Nederl. Weekbl. II. 17.

Cnopf, Intubation in d. Nürnberger Kinderklinik. Münchn. med. Wchnschr. XL. 50. p. 978.

Cobb, Frederich C., A case of angioma of the nasal septum. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 21. p. 510. Nov.

Collin, A., De la mycose leptothricique pharyngée. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 38 pp.

Dabney, S. G., Some affections of the external auditory canal. Amer. Pract. and News XVI. 12. p. 449. Dec.

Dansac, Michel, Lésions nerveuses dans les amygdalites chroniques; description anatomique des plexus nerveux folliculaires et sous-épithéliaux de l'amygdale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 23. p. 616. Nov.

Darkschewitsch, L., u. Malinowski, Peripher. Lähmung d. Facialis u. d. Trigeminus b. Otitis media purulenta u. d. chirurg. Behandl. derselben. Med. Obosr. 17. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

De Blois, Thomas Amory, Reducing the tonsils. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 15. p. 375. Oct.

Dudefoy, A., Etude sur le phlegmon infectieux pharyngo-laryngé. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 89 pp.

Eisenmenger, Victor, Ueber Lymphosarkomatosis d. Pharynx u. weichen Gaumens. Wien. klin. Wochenschr. VI. 52.

Fischer jun., Leopold, Ein Fall von Tonsillen- u. Uvulablutung. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 42.

Flaak, Adolf, Beiträge zur Lehre von d. Labyrinthnekrosen. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Rupprecht. Gr. 8. 34 S. mit 1 Tab. 1 Mk.

Fränkel, B., Die Demonstration d. laryngoskop. Bildes. Therap. Monatsh. VII. 12. p. 593.

Fürer, Ueber d. Zustandekommen von Gehörstäuschungen. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 2. p. 93. 1894.

Galatti, Demetrio, Die Intubation in d. Privatpraxis. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 3. 1894.

Givens, S. S., Chronic inflammation of the tonsils. Amer. Pract. and News XVI. 13. p. 492. Dec.

Gluck, Th., Die Chirurgie d. Knochenerkrankungen nach Otitis. Arch. f. Kinderheilkde. XVI. 3—6. p. 207.

Gluck, Th., Beitrag zur Diagnose u. Therapie maligner Larynxtumoren. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 51.

Grayson, Charles P., An instance of spontaneous healing of an ulcerative tuberculous laryngitis. Med. News LXIII. 19. p. 520. Nov.

Grjasnow, A., Ein Fall von primärem Erysipel d. Pharynx mit sekundärem Befallensein d. Gesichtshaut. Russk. Med. 26. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Grünwald, L., Weitere Beiträge zur Ozaenafrage. Münchn. med. Wchnschr. XL. 43. 44.

Grunert, Carl, Stacke's Operationsmethode zur Freilegung d. Mittelohrräume während d. 2. Jahres ihrer Anwendung in d. kön. Ohrenklinik zu Halle. Arch. f. Ohrenhkde. XXXV. 3 u. 4. p. 198.

Grunert, Die Ursache u. Bedeutung d. Eiterretention im Ohr. Münchn. med. Wchnschr. XL. 42.

Grunert u. Panse, Jahresbericht über d. Thätigkeit d. kön. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle vom 1. April 1891 bis 31. März 1892. Arch. f. Ohrenhkde. XXXV. 3 u. 4. p. 231.

Guément, De l'influence exercée par la présence de végétations adénoïdes sur l'augmentation de volume des amygdales. Ann. de la Policlin. de Bord. III. 4. p. 95. Janv. 1894.

Hall, F. de Havilland, A case of rhinolith. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 60.

Haug, Rud., Die Grundsätze einer sachgemässen Behandl. d. akuten eitrigen Paukenentzündung. [Wien. Klin. 11 u. 12.] Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. S. 285—340. 1 Mk. 50 Pf.

Hecht, A., Ueber chron. rheumat. Halsaffektionen. Therap. Monatsh. VII. 11. p. 553.

Herzog, Maximilian, Tuberculosis of the nasal mucous membrane. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. 6. p. 677. Dec.

Hopkins, F. E., A case of foreign body impacted in the larynx. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 17. p. 417. Oct.

Hopmann, Ozaena genuina. Münchn. med. Wochenschr. XLI. 3. 1894.

Jack, Frederick L., Further observations on removal of the stapes. Transact. of the Amer. otol. Soc. V. 3. p. 474. — Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 24. p. 590. Dec.

Jankau, L., Otol. Mittheilungen: a) Eine Vorrichtung zur Selbstapplicirung d. Politzer'schen Luftdusche. — b) Modifikation d. Dupuy-Charrière'schen Nasenspeculum. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 44.

Jansen, A., Zur Kenntniss der durch Labyrintheiterung inducirten tiefen extraduralen Abscesse in der hintern Schädelgrube. Arch. f. Ohrenhkde. XXXV. 3 u. 4. p. 290.

Killian, G., Ein zerlegbarer sterilisirbarer Kehlkopfspiegel. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 42. — Therap. Monatsh. VII. 12. p. 596.

Kirchner, Apparat zur Gymnastik d. Trommelfells u. d. Gehörknöchelchen. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXVII. 10.

Klingel, Phlegmonöse Angina mit Abscessbildung in d. Plica salpingo-pharyngea. Münchn. med. Wchnschr. XL. 50.

Knapp, H., 2 cases of ear disease with brain symptoms; mastoid operations in both; recovery in one, death in the other. Transact. of the Amer. otol. Soc. V. 3. p. 403.

Knapp, H., Ueber Gehirnerkrankungen in Folge von Erkrankungen d. Gehörorgans, deren verschied. Arten, Diagnose, Prognose u. Behandlung. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXV. 1 u. 2. p. 68.

Koch, Einige operative Ohrenaffektionen. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 45.

Körner, Otto, Die otit. Erkrankungen d. Hirns, d. Hirnsinus u. d. Blutleiter. Mit einem Vorworte von *Ernst von Bergmann*. Frankfurt a. M. 1894. Johannes Alt. Gr. 8. IV u. 163 S. 5 Mk.

Kossel, H., Ueber Mittelohreiterungen b. Säuglingen. Charité-Ann. XVIII. p. 498.

Künne, Albrecht, Ueber Lipome d. oberen Luftwege. Würzburg. Druck von Fromme. 8. 23 S. mit 1 Tafel.

Labit, G., Lymphangiome vrai et angio-lymphangiome de la bouche et du voile du palais. Revue de Laryngol. etc. XIV. 24. p. 1057. Déc.

Leland, G. A., Recurrent tonsillitis. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 15. 16. p. 373. 390. Oct.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Lemcke, Bericht über d. Universitäts-Poliklinik f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankheiten in Rostock vom 1. Juli 1891 bis dahin 1893. Arch. f. Ohrenhkde. XXXVI. 1 u. 2. p. 55.

Levy, Heinr., Ueber d. Verbiegungen d. Nasenscheidewand. Inaug.-Diss. Zabern. H. Fuchs. Gr. 8. 32 S. 1 Mk. 50 Pf.

Lichtwitz, L., Instrumente f. d. Entfernung d. Kehlkopfneubildungen d. Kindes mittels d. Methode d. Intubation mit gefensterter Tube. Deutsche med. Wochenschr. XIX. 43.

Liebe, Georg, Ueber einen Fall von Retropharyngealabscess durch Kieferhöhleneiterung. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXVII. 12.

Lublinski, W., Akute idiopath. Perichondritis d. Nasenscheidewand. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 46.

M'Bride, P., Pachydermia of the larynx. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 108.

Mackenzie, G. Hunter, Sequel to a case of intralaryngeal removal of a cystic tumour of the larynx in a woman 80 years of age. Brit. med. Journ. Oct. 21. p. 889.

Martin, A., Corps étrangers du nez. Revue de Laryngol. etc. XIV. 23. p. 1030. Déc.

Martin, William, Deviation of the septum nasi. Med. News LXIII. 17. p. 456. Oct.

Massei, F., Die Intubation d. Kehlkopfs b. Kindern u. b. Erwachsenen. Deutsche Ausg. von *Eman. Fink*. Wien. F. Deuticke. Lex.-8. 44 S. mit 24 Abbild. 2 Mk.

Mettenheimer, C., Heilung einer Exostose d. Nasenscheidewand auf elektrolyt. Wege. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 103.

Milne, J. A., Simple tumour of the palate as a cause of haemorrhage from the mouth. Brit. med. Journ. Dec. 23. p. 1374.

Moos, S., Ueber einen bisher noch nicht beschriebenen Verlauf einer Warzenfortsatzerkrankung. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIV. 4. p. 314.

Moure, E. J., et J. Sabrazès, Sur un cas d'angiokératome de la corde vocale droite. Revue de Laryngol. etc. XIV. 21. p. 913. Nov.

Mygind, Holger, Dövstumhed, särligt i Danmark. Köbenhavn. Andr. Fred. Höst og Söns Forl. 8. 226 S.

Newcomb, James E., The occurrence of hemorrhage after operation for the removal of adenoid tissue from the naso-pharyngeal vault. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. p. 574. Nov.

Onodi, A., Cas intéressant de sarcome de la fosse nasale. Revue de Laryngol. etc. XV. 1. p. 13. Janv. 1894.

Oresco, Christian, Ueber d. Formen d. Tuberkulose d. Kehlkopfes u. ihre Behandlung an d. poliklin. Abtheilung d. Prof. *Chiari* in Wien. Wien. med. Wochenschr. XLIII. 52.

Ostmann, Ueber Hörprüfungen. Deutsche milit.-ärztl. Ztschr. XXII. 11. p. 473. 1893. — Med. Post II. 1. 2. 1894.

Peyrissac, E., Etude sur les abcès chroniques enkystés de l'amygdale. Paris. Doin. Gr. 8. 74 pp.

Plicque, A. F., Surdité et syphilis. Gaz. des Hôp. 130.

Randall, B. Alexander, The statistics of ear disease. Transact. of the Amer. otol. Soc. V. 3. p. 511.

Réthi, L., Ein Spiegel zur endonasalen Besichtigung. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 42.

Réthi, L., Disseminirte Fibrininfiltration d. Rachens in Folge von Influenza. Wien. klin. Wchnschr. VII. 1. 1894.

Richter, Die Schwerhörigkeit im schulpflichtigen Alter. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 46. 47.

Ripault, Amygdalotomie. Gaz. de Par. 50.

Roaldes, A. W. de, Cases of alarming epistaxis of grippal origin, and dangers of post-nasal plugging. New York med. Record XLIV. 16. p. 485. Oct.

Rueda, Arthrite crico-aryténoïdienne syphilitique. Revue de Laryngol. etc. XV. 2. p. 38. Janv. 1894.

Sacaze, J., Amygdalite lacunaire caséeuse de nature tuberculeuse (foyer primitif). Arch. gén. p. 54. Janv. 1894.

Schaeffer, Max, Geheilte Kehlkopffraktur. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 47.

Scheibe, A., Fibrom des Gehörgangseingangs. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXV. 1 u. 2. p. 103.

Scheibe, A., Gestieltes Osteosarkom d. Gehörgangs. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXV. 1 u. 2. p. 108.

Scheinmann, J., Habitueller Kopfschmerz als Hauptsymptom verschied. Nasenleiden. Berl. klin. Wochenschr. XXX. 49. 50. 51.

Schmiegelow, E., Beiträge zu d. chirurg. Behandl. d. Mittelohreiterungen. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXV. 1 u. 2. p. 95.

Schröder, Th., Ein Fall von sogen. idiopath. akuter Perichondritis d. Nasenscheidewand. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 46.

Schubert, Paul, Eine neue Trommelfelllupe. Arch. f. Ohrenhkde. XXXVI. 1 u. 2. p. 79.

Simon, Charles E., Heredity in Menière's disease. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. IV. 33. p. 82. Sept.

Simrock, Joseph, The tuning fork as a remedy in ear diseases. New York med. Journ. June 10.

Solis-Cohen, J., Retropharyngeal and nasal neoplasms. Med. News LXIII. 20. p. 544. Nov.

Solly, S. Edwin, Report upon cases of tubercular laryngitis treated in Colorado springs. Therap. Gaz. 3. S. IX. 11. p. 754. Nov.

Spratling, William Philip, Inflammation of upper air passages and ears, caused by inhalation of Persian insect powder. New York med. Record XLIV. 19. p. 584. Nov.

Stage, G. G., Iagttagelser over laryngospasmus. Bibl. f. Läger 7. R. IV. S. 253. — Nord. med. ark. N. F. III. 5. Nr. 28. S. 22.

Stanton, Richard J., Report of 70 cases of intubation. New York med. Record XLIV. 22. p. 673. Nov.

Starr, Ewen C., Syphilitic stenosis of larynx treated by excision of one vocal cord. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 239.

Stein, Stanislaus v., Ein Fall von Ohrenblutungen b. einem Knaben mit imperforirtem Trommelfell. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIV. 4. p. 294.

Straight, Howard S., A case of aphonia due to hypertrophic rhinitis. New York med. Record XLIV. 12. p. 684. Nov.

Sturmann, W., Klin. Geschichte d. Pachydermia laryngis. Berlin 1894. S. Karger. 8. 72 S. 1 Mk. 80 Pf.

Sutphen, T. Y., Autopsies in 2 cases of complicated middle ear disease. Transact. of the Amer. otol. Soc. V. 3. p. 414.

Szenes, Sigismund, Bericht über d. 2. Versamml. d. deutschen otolog. Gesellsch. zu Frankfurt a. M. (19. bis 21. Mai 1893). Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXVII. 10. 11.

Theobald, Samuel, A case of aural reflex of unusual character due to impacted cerumen. Transact. of the Amer. otol. Soc. V. 3. p. 508.

Thorner, Max, The management of foreign bodies in the air-passages. Transact. of the Ohio State med. Soc.

Transactions of the American otological Society. Vol. V. Part 3. 26th. annual meeting, Fort Griswold House, New London, Conn. New Bradford. Mercury publish. Co. 8. V pp. and p. 379—536.

Treitel, Ueber Diphtherie d. äussern Gehörgangs. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 52.

Tsakyroglous, M., Ohrenkrankheiten nach Parotitis epidemica. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXVII. 10.

Urbantschitsch, Victor, Ueber d. Werth akustischer Uebungen an Taubstummen, auch in Fällen von anscheinend vollständ. Taubheit. Wien. klin. Wochenschr. VII. 1. 1894.

Wackerle, Ueber O'Dwyer'sche Intubation im

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Leopoldstädter Kinderhospitale in Wien. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 2. p. 159. 1894.

Wagnier, Du traitement des fibro-myxomes nasopharyngiens. Revue de Laryngol. etc. XIV. 22. p. 961. Nov.

Whitney, Charles M., Intubation of the larynx in private practice. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 14. p. 341. Oct.

Wiche, Albert, Ueber Ohrenerkrankungen bei Eisenbahnbediensteten. Inaug.-Diss. Göttingen, Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 21 S. mit 1 Tab. 60 Pf.

Wocher, Ludw., Ein Fall von Sarcoma tonsillae. Inaug.-Diss. München. J. F. Lehmann. Gr. 8. 17 S. 1 Mk.

Wodon, J., Quelques cas d'otologie, rhinologie et laryngologie. Presse méd. XLVI. 1. 1894.

Zaufal, E., Casuist. Beitrag zur otit. Pachymeningitis suppurativa externa. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 50.

Zwaardemaker, H., Das presbyakusische Gesetz. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIV. 4. p. 280.

Zwaardemaker, H., Athembeschlag als Hülfsmittel zur Diagnose d. nasalen Stenose. Arch. f. Laryngol. I. 2.

Zwaardemaker, Zur Methodik d. klin. Olfactometrie. Neurol. Centr.-Bl. XII. 21.

S. a. I. Bezold. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Dansac, Green, Scheibe. IV. 2. Bayliss, Bonain, Lucatello, Nikitin, Rommo, Taub; 3. Tollemer; 8. Fuchs, Jansen, Kisgen, Laehr, Przeborski, Seifert, Villecourt; 9. Solis; 10. Glover; 11. Audubert, Gerber. V. 2. a. Bell, Bishop, Bond, Buck, Burger, Burnett, Crick, De Santi, Grunert, Hansberg, Maurel, Pieniaczek, Pooley, Solis, Stewart, Symonds, Werner, Ziem. VIII. Tissier. IX. Oliver. X. Carpenter. XIII. 2. Awramow, Bailey, Heymann, Hollowax, Neumann, Preisach, Schaetzel, Stein; 3. Langerhans. XVI. Hüttig. XVIII. Lannois.

XII. Zahnheilkunde.

Arkövy, Jos., Vereinfachung d. Verfahrens zur Desinfektion von zahnärztl. Instrumenten. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. IX. 4. p. 251.

Brubacher, H., Der Zahnlückenschmerz. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XI. 11. p. 417. Nov.

Busch, Johann, Ueber Zahncysten u. deren Behandlung. Aerztl. Centr.-Anzeiger V. 35.

Dunogier, Accidents muqueux de la dent de sagesse. Mercredi méd. 46.

Fenchel, Odontolog. Schädelmessungen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XI. 11. p. 429. Nov.

Fenchel, Ad., Zahnärztl. Thätigkeit in Volksschulen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XI. 12. p. 462. Dec.

Jung, C., Ein seltener Fall von Transposition des Eckzahns u. dadurch bedingter Resorption d. Wurzel d. mittleren Schneidezahns. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XI. 12. p. 457. Dec.

Jung, Carl, Die Erkrankungen d. Wurzelhaut d. Zahnes in Rücksicht auf ihre Aetiologie u. Behandlung. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XII. 1. p. 1. Jan. 1894.

Kleinmann, Fr., Beitrag zum Zahnausziehen, u. zwar 3 Methoden nach Prof. *Busch.* Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XI. 11. p. 422. Nov.

Lawson, George, 2 cases illustrating the more serious complications of dental caries. Lancet II. 27. p. 1617. Dec.

Löwenson, A., Ueber Re- u. Implantation. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. IX. 4. p. 270.

Röse, C., Ueber einen Fall von Zerreissung d. Art. u. d. N. mandibularis in Folge einer Zahnextraktion. Münchn. med. Wchnschr. XL. 44.

Rosenthal, Aus d. zahnärztl. Poliklinik d. Herrn Hofr. *Hollaender* in Halle [Geschwulst. — Blutung]. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XI. 12. p. 459. Dec.

Schaeffer-Stuckert, Bericht vom zahnärztl. Weltcongress in Chicago. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XI. 11. 12. p. 441. 465. Nov., Dec. 1893. — XII. 1. p. 22. Jan. 1894.

Schwarze, Paul, Bericht über den Congress in Chicago. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XII. 1. p. 17. Jan. 1894.

Stebbins, Roswell O., Painless dentistry. New York med. Record XLIV. 17. p. 524. Oct.

Verhandlungen d. zahnärztl. Vereins f. d. Königreich Sachsen am 15. Oct. 1893 in Dresden. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XI. 12. p. 472. Dec.

Weaver, John E., The emergency treatment of a toothache. New York med. Record XLIV. 20. p. 623. Nov.

Weiser, Rudolf, Mittheilungen aus der Praxis. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. IX. 4. p. 265.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Babes. IV. 5. Nägeli; 8. Pease. V. 2. a. Sutton, Swann. XV. Röse.

XIII. Pharmakologie u. Toxikologie.

1) *Allgem. Pharmakologie. Pharmacie.*

Apothekerkalender f. d. deutsche Reich, begründet von *Osc. Schlickum.* 1894. Mit Anhang: die Apotheken d. Schweiz u. Luxemburgs. 12. Jahrg. Stuttgart. E. Nägele. Gr. 16. 290 u. 98 S. 2 Mk. 50 Pf.

Baruch, Simon, Therapeutic reflections. New York med. Record XLIV. 19. p. 577. Nov.

Baruch, Simon, A plea for physiological remedies. Therap. Gaz. 3. S. IX. 12. p. 821. Dec.

Boas, I., Umschau über d. neueren Arzneimittel im J. 1893. Deutsche med. Wchnschr. XX. 1. 2. 1894.

Caspary, Zur Lehre von den Arzneiausschlägen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 1. p. 11.

Dronke, Arzneiverkehr f. Krankenkassen. Hamburg. W. Mauke Söhne in Comm. 12. 93 S. 2 Mk.

Dronke, F., Beiträge zur ökonom. Receptur. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 45. 46. 47.

Dujardin-Beaumetz, L'art de formuler. Bull. de Thér. LXII. 38. 42. 46. 48. p. 289. 387. 481. 529. Oct. 15.—Déc. 30.

Fischer, Bernhard, Die neueren Arzneimittel. Berlin 1894. Julius Springer. 8. VIII u. 367 S.

Fleury, E. L. J., Codex et thérapeutique. Propositions pour le supplément du codex médicamentarius. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 42 pp.

Gilbert, Ueber medikamentöse Bäder. Württemb. Corr.-Bl. LXIII. 33.

Handwörterbuch d. Pharmacie, herausgeg. von *A. Brestowski.* 1. Bd. Wien. Braumüller. Lex.-8. VIII u. 968 S. 28 Mk. 80 Pf.

Hering's, C., kurzgefasste Arzneimittellehre. 3. Aufl., herausgeg. von *E. A. Farrington.* Uebers. von *Giseius.* 2. Bd. Berlin. B. Behr's Verl. Gr. 8. VI u. 563 S. 10 Mk.

Jasicwicz, De la médication hypnotique et des médicaments hypnotiques nouveaux. Nouv. Remèdes IX. 23. p. 532. Déc.

Kobert, Rudolf, Compendium d. Arzneiverordnungslehre. 2. Aufl. Stuttgart. Ferd. Enke. 8. XII u. 364 S. mit 121 Abbild. 7 Mk.

Melichar, L., u. W. Snýdr, Anleitung zur Erkennung u. Prüfung der in d. österr. Pharmakopöe VII. Ausg. aufgenommenen Arzneimittel. 2 Theile. Wien. F. Deuticke. 8. X u. 407, III u. 87 S. mit 23 Taf. 9 Mk.

Nichols, John T. G., The misuse of drugs in modern practice. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 12. p. 292. Sept.

Page, Charles E., Drugs and heart failure. New York med. Record XLIV. 25. p. 783. Dec.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Prevost, J. L., Essais pharmacologiques sur quelques préparations de la pharmacopée helvétique, édit. III. Revue méd. de la Suisse rom. XIII. 11. p. 645. Nov.

Rabow, S., Arzneiverordnungen z. Gebr. f. Klinicisten u. prakt. Aerzte. 22. Aufl. Strassburg. F. Bull. 12. VII u. 108 S. mit 1 farb. Tafel. 2 Mk. 40 Pf.

Tschirch, A., u. O. Oesterle, Anatom. Atlas d. Pharmakognosie u. Nahrungsmittelkunde. 1. Lief. Leipzig. T. O. Weigel's Nachfolger. Gr. 4. IV u. 20 S. mit 5 Tafeln. 1 Mk. 50 Pf.

Schimpfky, Rich., Unsere Heilpflanzen in Bild u. Wort. Gera. F. E. Köhler. Gr. 8. XIV u. 105 S. mit 92 farb. Tafeln. 5 Mk. 50 Pf.

Schreiber (E. Clasen), E. Cl., Die Arzneitaxe f. Aerzte. 2. Aufl. Frankfurt a. M. Johannes Alt. 16. 83 S. 1 Mk. 80 Pf.

S. a. II. Gibbs. III. Jolles. X. Dabney.

2) *Einzelne Arzneimittel.*

Aducco, V., Action plus intense de la cocaïne quand on en répète l'administration à court intervalle. Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 32.

Adsit, A. M., Some remarks on the administration of anaesthetics. New York med. Record XLIV. 18. p. 573. Oct.

Albertoni, P., Influence des injections sous-cutanées de solutions de chlorure sodique dans la sécrétion biliaire. Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 127.

Analysis and report on original documentary evidence concerning the use of opium in India. Brit. med. Journ. Dec. 2. p. 1223.

Anschütz, Ueber d. Salicylidchloroform u. seine Verwendung zur Bereitung von reinem Chloroform. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 49. p. 1313.

Arnd, Ueber Kresolsaponate. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 1. 1894.

Ashton, Thomas G., The use of nitro-glycerin in arterio-sclerosis. Therap. Gaz. 3. S. IX. 11. p. 736. Nov.

Aubert, De quelques alcaloïdes étant successivement hidrotiques, puis anhidrotiques: lobéline, cystine, aconitine. Lyon méd. LXXIV. p. 499. 535. Déc.

Aussilloux, L'huile d'olive dans le traitement des coliques néphrétiques. Bull. de Thér. LXII. 46. p. 491. Déc. 15.

Awramow, P., Das Antipyrin als lokales Anästheticum bei Larynxtuberkulose. Med. Obosr. 36. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Ayers, S. C., The treatment of blepharitis marginalis by hydrogen dioxid. Med. News LXIII. 26. p. 717. Dec.

Bailey, Geo. H., Chloroform in nasal growths. Lancet I. 2. p. 122. Jan. 1894.

Bard, L., Du traitement de l'érysipèle de la face par les badigeonnages de gaïacol. Lyon méd. LXXIV. p. 289. 335. Oct., Nov.

Barnes, Robert, Corrosive sublimate in puerperal septicaemia. Brit. med. Journ. Oct. 28. p. 967.

Baron, P., Zur Chininbehandlung d. Keuchhustens. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 48.

Baum, Hermann, Ist Citrallin ein Abführmittel f. unsere Hausthiere? Arch. f. wiss. u. prakt. Thierhkde. XIX. 6. 1893. XX. 1. 1894.

Becker, M., Contributions à la physiologie et à la pharmacologie de la glande pancréatique. II. De l'influence des solutions de bicarbonate de soude, de sel marin, d'acide carbonique et de quelques eaux alcalines sur la sécrétion du suc pancréatique. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. II. 3. p. 433.

Berardinone, N., L'aristolo per iniezoini ipodermiche nella tubercolosi pulmonare. Rif. med. IX. 264. 265.

Berliner, C., Erfahrungen mit einer Zinkösypuspaste. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVII. 10. p. 504.

Billig, A., Klin. Beobachtungen über d. Wirkung d. Haemogallol b. Anämischen. Med. Obosr. 26. 27. 28. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Binet, Paul, Recherches pharmacologiques sur quelques uréthanes et sur la thio-urée. Revue méd. de la Suisse rom. XIII. 10. p. 628. Oct.

Binz, C., Unsere jetzige Kenntniss von d. Malariafieberheilung durch Chinin. Med. Centr.-Bl. XXXII. 2. 1894.

Blanchard, Tuberculose latente et créosote. Revue méd. de la Suisse rom. XIII. 10. p. 615. Oct.

Blondel, B., Technique des injections de calomel. Bull. de Thér. LXIII. 41. p. 220. Nov. 8.

Bloom, Homer C., Oxalic acid as an emmenagogue and oxytocic. Med. News LXIII. 16. p. 431. Oct.

Bossi, L. M., Sull'azione ecbolica dello zucchero somministrato durante il soprapparto. Gazz. degli Ospit. XV. 2. 1894.

Bouchet, L., Taenifuges. Bull. de Thér. LXII. 39. p. 195. Oct. 23.

Bourget, Ueber die Resorption der Salicylsäure durch d. Haut u. d. Behandlung d. akuten Gelenkrheumatismus. Therap. Monatsh. VII. 11. p. 531.

Bourget u. L. Barby, Salacetol. Therap. Monatsh. VII. 12. p. 604.

Boyd, John A., Chlorobrom in sea-sickness. Lancet II. 6; Dec.

Bremer, C. G., Ettusen kloroformnarkoser verkställda efter den s. k. methode à doses faibles et continues. Finska läkaresällsk. handl. XXXVI. 10. S. 743.

Capparoni, Angelo, La saccarina come antisettico intestinale. Gazz. degli Ospit. XIV. 144.

Carter, R. W., The administration of chloroform. Brit. med. Journ. Dec. 16. p. 1321.

Cazeneuve, P., Et. Rollet et Nicolas, Sur l'action microbicide du gallanol. Lyon méd. LXXIV. p. 326. Nov.

Cerna, David, The therapeutic uses of phenocoll, with special reference to its employment in malaria. Therap. Gaz. 3. S. IX. 12. p. 811. Dec.

Chaumier, Bemerkungen zu d. Mittheilung von Prof. *Griesbach* über Guajacol u. seine Verwerthung b. Tuberkulose. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 44.

Childe, Charles P., Rash caused by taking antipyrin. Brit. med. Journ. Oct. 28. p. 944.

Chittenden, R. H., On the proteolytic action of bromelin, the ferment of pineapple juice. Journ. of Physiol. XV. 4. p. 249.

de Christmas, Sur la valeur antiseptique de l'ozone. Ann. de l'Inst. Pasteur VII. 7. p. 776. Nov.

Christmas, J., Fenosalyl, en ny antiseptisk Blanding. Hosp.-Tid. 4. R. I. 43.

Cohnstein, W., Ueber die diuret. Wirkung der Edelmetalle. Berlin. O. Coblentz. Gr. 8. 5 S. 1 Mk.

Coplin, W. M. L., Hydrogen dioxide as an aid in the diagnosis of sinuses, fistula, concealed pus cavities etc. Therap. Gaz. 3. S. IX. 10. p. 667. Oct.

Corselli, Giacomo, Del bromuro di stronzio nel catarro gastrico acuto. Arch. di Farm. e Ter. I. 23. p. 124.

Couldrey, James, Chloride of calcium in pneumonia. Brit. med. Journ. Dec. 23. p. 1374.

Coupard, Note sur quelques effets du gaïacol synthétique. Gaz. des Hôp. 1. 1894.

Courmont, Granulie traitée et guérie par les badigeonnages gaïacolés. Lyon méd. LXXIV. p. 619. Déc.

Crocker, H. Radcliffe, Eruptions from bromide and iodoform. Brit. med. Journ. Dec. 2.

Czapek, Friedrich, u. Josef Weil, Ueber d. Wirkung d. Selens u. Tellurs auf d. Organismus. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXII. 5 u. 6. p. 438.

Da Costa, Chalmers, Abortive treatment of gonorrhoea with oil of cinnamon. Med. News LXIII. 17. p. 458. Oct. — Gaz. de Par. 44.

Debogori-Mokriewitsch, J., Ein Fall von Idiosynkrasie gegen Morphium u. Opium. Russk. Med. 27. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Dehio, Karl, Ueber d. Einfl. d. Atropin auf d.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

arrhythm. Herzthätigkeit. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 1 u. 2. p. 97.

Delmis, Sur l'emploi du salicylate de soude. Gaz. des Hôp. 123.

Delmis, Action de l'aconitine dans les névralgies. Gaz. des Hôp. 128.

Delmis, La myrrholine, extrait oléo-resineux de la myrrhe. Gaz. des Hôp. 134.

Demuth, Ueber Behandl. mit Spermin. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte IX. p. 259. Nov.

De Rechter et Legros, Note sur la désinfection par l'anhydrite sulfureux et par le mélange gazeux Pictet. Presse méd. XLV. 43. 44. 48.

Dimmock, H. P., The administration of large doses of quinine during pregnancy. Lancet II. 23; Dec.

Dreser, H., Zur Pharmakologie des Quecksilbers. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXII. 5 u. 6. p. 456.

Edmunds, James, Sneezing while under chloroform. Lancet II. 25. p. 1540. Dec.

Erlenmeyer, Albrecht, Atropin b. Morphinismus. Therap. Monatsh. VIII. 1. p. 14. 1894.

Fayrer, Joseph, A memorandum on the Indian opium question. Brit. med. Journ. Dec. 2.

Ferreira, Clemente, A propos du bleu de méthylène dans la malaria infantile. Bull. de Thér. LXII. 44. p. 461. Nov. 30.

Fine Licht, H. V. Chr. de, Studier over Jodoformbehandlingen ved Tuberkulose. Abhandl. för Doktorgraden. Köbenhavn. 8. 236 S.

Foderà, F. A., e G. Corselli, Il betolo per la misura del potere eccito-motore dello stomaco. Arch. di Farmacol. e Ter. I. 21. p. 641.

Fraser, Robert Fair, Sublimed sulphur as a local application in diphtheria. Brit. med. Journ. Nov. 4. p. 992.

Friedheim, Ludwig, Einige Bemerkungen zur Kenntniss des Kreosots. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 47. 48.

Frölich, H., Ueber d. Verwendung d. Terpentins, besonders b. Diphtherie. Münchn. med. Wchnschr. XL. 51.

Gagarin, N. W., Ueber d. Injektionen von Sublimat unter d. Bindehaut d. Auges. Diss. Petersburg. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Garner, John E., On the efficacity of chloral hydrate in labour. Lancet II. 21; Nov.

Garrè, C., Die Aethernarkose. Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 1. 1894.

Gay, M., Il solfuro d'allile nella medicina preventiva di malattie gastro-enteriche a profluvio intestinale. Gazz. degli Ospit. XIV. 145.

Gilbert, A., De l'action du bicarbonate de soude sur le chimisme stomacal. Gaz. de Par. 42.

Goedikè, R., Sur les combinaisons de l'acide picrique avec les phénols. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. II. 3. p. 423.

Gottschalk, Sigmund, Zur Frage d. subcutanen Verwendbarkeit d. Jodtrichlorids b. Menschen, Anwendung dess. in einem Falle von Wochenbettfieber. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 44.

Goubeau, Traitement de l'angine diphthéritique par le sublimé en solution dans la glycérine. Mercredi méd. 1. 1894.

Graeser, Ueber Chinin u. Influenza. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 51.

Grande, Emanuele, Del sublimato corrosivo e bleu di metilene nella cura della tubercolosi polmonare. Gazz. degli Ospit. XIV. 140.

Griesbach, Bemerkungen über d. Guajacol. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 46. 1893. — XX. 2. 1894.

Grossmann, O., Die Aethernarkose. Deutsche med. Wchnschr. XX. 3. 1894.

Guarneri, G., Contributo allo studio dell'azione della diuretina. Gazz. degli Ospit. XIV. 147.

Guinard, L., A propos de l'emploi du gaïacol en badigeonnages épidermiques comme procédé d'antipyrèse. Bull. de Thér. LXII. 40. p. 339. Oct. 30.

Haines, H. A., Iron in severe dysentery. Brit. med. Journ. Nov. 11. p. 1050.

Halle, C., u. Sonntag, Erwiderung auf d. Aufsatz des Herrn Dr. *Lewin* „wie viel Morphin darf ein Arzt einem Kr. als Einzeldose verschreiben?“ Nebst Epikrise von *L. Lewin*. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 44.

Hallopeau, De la théobromine. Bull. de Thér. LXII. 47. p. 250. Déc. 23.

Hamilton, J. B., The prevention and cure of ague by opium. Brit. med. Journ. Jan. 13. p. 102. 1894.

Hardman, William, Under- or over-dose of chloroform. Brit. med. Journ. Dec. 30. p. 1451.

Hare, H. A., and E. Q. Thornton, A study of the influence of chloroform upon the respiration and circulation. Lancet II. 17; Oct. — Therap. Gaz. 3. S. IX. 10. p. 672. Oct.

Harrell, Francis W., Acetanilid as a dressing for wounds. Med. News LXIII. 16. p. 438. Oct.

Heinz, R., Coffeinsulfosäure, ein neues Diureticum. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 46.

Heinz u. Liebrecht, Coffeinsulphosäure, ein neues Diureticum. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 43b.

Helmers, O., Ueber d. Einfluss d. Ichthyols auf d. Stoffwechsel. Virchow's Arch. CXXXV. 1. p. 135. 1894.

Heymann, P., Ueber d. Anwendung einiger neuer Aluminiumverbindungen in Nase u. Hals. Berlin. O. Coblentz. Gr. 8. 38. 1 Mk. — Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXVII. 10.

Höring, C., Pyoktanin gegen Diphtherie. Memorabilien XXXVII. 8. p. 449.

Hollowax, W. G., Chloroform in nasal growths. Lancet I. 1. p. 64. Jan. 1894.

Hood, Donald W. C., The danger of treating hyperpyrexia of rheumatic origin by salicylates. Brit. med. Journ. Nov. 18. p. 1129.

Jaenicke, Zur therapeut. Bedeutung d. Natrium (tetra-) boricum neutrale. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXVII. 11. 12.

Janes, W. Dale, A substitute for chrysophanic ointment. Brit. med. Journ. Oct. 21. p. 889.

Janet, Jules, Traitement abortif de la blennorrhagie par le permanganate de potasse, mode d'action de ce produit. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. IV. 10. p. 1013.

Jaquet, A., Recherches sur l'action pharmacologique et thérapeutique de la malakine. Progrès méd. XXI. 51.

Jasiewicz, De la médication hypnotique et des médicaments hypnotiques nouveaux. Bull. de Thér. LXII. 45. p. 227. Déc. 8.

Josephson, C. D., Cystitens behandling medels lapislösning. Hygiea LV. 12. Sv. läkaresällsk. förh. S. 179.

Israelson, L., Ueber Lysol als Antisepticum in d. Geburtshülfe. Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 47.

Kahane, Max, Ueber einen mit Teucrin behandelten Fall von kaltem Abscess. Wien. med. Presse XXXV. 1. 1894.

Karpow, G., L'action désinfectante des monochlorophénols et de leurs éthers salicyliques et leurs métamorphoses dans l'organisme. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. II. 3. p. 305.

Kayser, Heinrich, Ueber d. Einfluss d. Salipyrins b. Gebärmutterblutungen. Deutsche med. Wochenschr. XIX. 43.

Keitel, Weitere Versuche in der Anwendung des Hydrarg. salicyl. b. Lues. Charité-Ann. XVIII. p. 629.

Keitel, Ein Fall von Hautanästhesie nach subcutaner Injektion von Thiosinamin. Charité-Ann. XVIII. p. 639.

Kétli, Karl, Ueber die antimalar. Wirkung des Methylenblau. Ungar. Arch. f. Med. II. 1. p. 1.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Kobert, H., Ueber Cangoura. Centr.-Bl. f. klin. Med. XIV. 44.

Kochs, W., Atropin bei Morphinismus. Therap. Monatsh. VII. 11. p. 539.

Köbner, H., Notiz über Chlorzinkstifte. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 45.

Koehler, A., Zur Bromäthylnarkose. Chir. Centr.-Bl. XXI. 2. 1894.

Köster, H., Zur Kenntniss d. Salophens. Therap. Monatsh. VIII. 1. p. 17. 1894.

Kóssa, Julius, Ueber d. physiolog. Wirkung d. Pikrotoxins. Ungar. Arch. f. Med. II. 1. p. 24.

Kóssa, Julius, Ueber d. Formanilid. Ungar. Arch. f. Med. II. 2. p. 173.

Kownacki, B., Ueber Linum catharticum. Inaug.-Diss. Jurjew (Dorpat). E. J. Karow. Gr. 8. 103 S. 2 Mk.

Krogius, Metod för applikation af cocain för åstadkomma af lokal anästesi. Finska läkaresällsk. handl. XXXV. 11. S. 841.

Krohl, Paul, Klin. Beobachtungen über d. Einwirkung einzelner Mutterkornpräparate (speciell d. Cornutin) auf d. Verlauf d. Wochenbetts. Arch. f. Gynäkol. XLV. 1. p. 43.

Labanowski, E. J., Note sur l'emploi des fomentations chaudes de sublimé au 1:1000 dans le traitement de l'érysipèle. Ann. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 1. p. 24. Janv. 1894.

Labbé et Oudin, Du traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'air ozonisé. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 40. p. 345. Oct. 10.

Lagrange, Félix, Des injections sous-conjonctivales de sublimé au 1000me. Arch. clin. de Bord. II. 12. p. 581. Déc.

Landes, Leonard, Treatment of diphtheria by eucalyptus. New York med. Record XLIV. 25. p. 783. Dec.

Lapin, A., Zur Pharmakologie d. Kamphergruppe u. d. äther. Oele. Inaug.-Diss. Jurjew (Dorpat). E. J. Karow. Gr. 8. 202 S. 4 Mk.

Leech, D. J., and William Hunter, An inquiry regarding the importance of ill-effects following the use of antipyrin, antifebrin, and phenacetin. Brit. med. Journ. Jan. 13. 1894.

Leistikow, Leo, Ueber Jodrubidium. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVII. 10. p. 509.

Lépine, R., Du gallobromol chez les neurasthéniques. Semaine méd. XIII. 50.

Levi, Leone, Dell' azione comparata di alcuni preparati mercuriali e del joduro di potassio sul ricambio materiale e sul sangue dei sifilitici. Gazz. degli Ospit. XIV. 123.

Levi, Leone, Sopra l'azione fisiologica e terapeutica dell' olio di chaulmoogria, con speciale riguardo alla cura della lepra. Arch. di Farm. e Ter. I. 24. p. 737. Dec.

Lewin, L., Ueber einige Acokanthera-Arten u. d. Ouabain. Virchow's Arch. CXXXIV. 2. p. 231.

Liebreich, Oscar, Die Darstellung d. Kresole (Trikresol) als Desinfektionsmittel f. chir. u. hyg. Zwecke. Therap. Monatsh. VIII. 1. p. 25. 1894.

Liebreich, Lanolin zur reizmildernden Mastdarminjektion. Therap. Monatsh. VIII. 1. p. 45. 1894.

Luther, E., Ueber Chloroform, seine Wirkung u. Folgen. [Klin. Zeit- u. Streitfragen VII. 8.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. S. 277—328. 1 Mk.

Lutz, A., Ueber den method. Salolgebrauch bei Phthisis florida u. b. gelbem Fieber. Fortschr. d. Med. XI. 23. p. 925.

Maestro, Leone, Sull' azione biologica dell' olio di vaselina. Gazz. degli Ospit. XV. 5.

Maibaum, O., Guajacol u. Kreosot als antipyret. Mittel. Med. 39. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Main, E., Nouveaux médicaments (de la diurétine, action physiologique et thérapeutique). Bull. de Thér. LXII. 38. p. 299. Oct. 15.

Mangin, Georges, Du traitement des goîtres par la médication iodée interstitielle. Gaz. de Par. 2. 1894.

Maquenne et Taine, Sur le diiodoforme. Bull. de Thér. LXII. 45. p. 244. Déc. 8.

Martin, André, De l'acide phénique en injections sous-cutanés dans le traitement des affections rhumatismales et en général douloureuses. Nouv. Remèdes X. 1. p. 3. Janv. 1894.

Masters, J. Alfred, Chlorobrom in persistent vomiting not arising from sea-sickness. Lancet II. 20. p. 1217. Nov.

Matthes, Max, Ueber den Vorschlag *Fleiner's*, Reizerscheinungen d. Magens mit grossen Dosen Wismuth zu behandeln. Centr.-Bl. f. innere Med. XV. 1. 1894.

Mehrer, Isidor, Natrium salicylicum b. Pleuritis. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 51.

Meisels, Wilh. A., Cornutinum citr. gegen Spermatorrhöe. Ungar. Arch. f. Med. II. 1. p. 82.

Meisels, A., Ueber d. lokal anästhet. Wirkung d. Formanilid. Ungar. Arch. f. Med. II. 2. p. 195.

Mering, J. von, Beiträge zur Kenntniss d. Antipyretica. Therap. Monatsh. VII. 12. p. 577.

Meyer, E. von, Ein Beitrag zur Verwendung d. *Koch*'schen Tuberkulins als diagnost. Hülfsmittel. Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 252. 1894.

Meyer, Leopold, Brugen af Kloroform ved Födselen blot som smertestillende Middel. Bibl. f. Läger 5.

Michelson, L., Ueber Lymphagoga. Russk. Med. 15. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Milmann, M., Die Wirkung d. Sublimats auf mit Cholera inficirte Hunde. Med. 31. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 8.

Monties, De l'emploi du savon mou au calomel en frictions dans le traitement de la syphilis. Mercredi méd. 2. 1894.

Moore, W. H., A case of malignant pustule treated successfully by excision, and the external and internal use of ipecacuanha. Lancet II. 22. p. 130. Nov.

Moore, William, Opium as a preventive of ague. Brit. med. Journ. Dec. 2.

Moricourt, Note sur le traitement du choléra par le cuivre. Gaz. des Hôp. 130.

Morrill, F. Gordon, Further experience in the use of chloralose. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 20. p. 492. Nov.

von Mosengeil, Ueber Salipyrin. Deutsche Med.-Ztg. 98.

Müller, G. J. C., Ueber d. Resorption d. Jodoforms u. verwandter Körper. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 48.

Muller-Darier, A., Etude sur les propriétés thérapeutiques du salophène. Thèse. Paris. Steinheil. 4. 67 pp.

Murray, William, Rough notes on remedies (belladonna). Lancet II. 19; Nov.

Naumann, G., Om Behandlingen af Ledaffektioner med Indspröjtning af Jodoform. Hosp.-Tid. 4. R. I. 28. S. 756.

Nencki, M., u. N. Sieber, Ueber d. chem. Zusammensetzung d. russ. Nadelholztheers u. seine desinficirenden Eigenschaften. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 1. p. 1. — Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. II. 3. p. 359.

Neumann, Jos., Antipyrin als Lokalanaestheticum f. d. Kehlkopf u. Rachen. Ungar. Arch. f. Med. II. 1. p. 76.

Neumeister, R., Nochmals über „Somatosen". Deutsche med. Wchnschr. XIX. 46.

Oefelein, A., u. J. Neuberger, Ueber d. Verwendbarkeit d. Europhens. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVII. 11. p. 552.

Overlach, Martin, Migränin. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 47.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Palma, Paul, Zur Frage d. Benzosoltherapie d. Diabetes mellitus. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 46.

Patein, G., De la substitution complète de l'oxyde jaune de mercure à l'oxyde rouge en thérapeutique. Bull. de Thér. LXII. 43. p. 223. Nov. 23.

Pawinski, Joseph, Ueber die Anwendung des Coffeins b. Herz- u. Nierenkrankheiten. Ztschr. f. klin. Med. XXIII. 5 u. 6. p. 440.

Pennow, Die subconjunctivalen Sublimatinjektionen in d. Augenpraxis. Westn. oftalm. Juli—Oct. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Pfuhl, A., Zur Wirkung d. Saprols. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 2. p. 192.

Philip, Paul, Ueber Pentalnarkose. Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 203.

Pljuschkow, Zinkgelatine bei Behandlung von Schenkelgeschwüren. Russk. Med. 27. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Plugge, P. C., Einiges über d. Wirkung d. Alkaloids von Erythrina (Stenotropis) Broteroi Hosk. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 1. p. 46.

von Poehl, Die Einwirkung d. Spermins auf d. Autointoxikationen im Allgemeinen u. d. Leukomaine im Speciellen. Neurol. Centr.-Bl. XII. 20. p. 706.

Pollak, Alois, Ueber d. therapeut. Verwendbarkeit d. Codein. Therap. Monatsh. VII. 11. 12. p. 545. 599.

Popoff, P. M., Ueber subcutane Injektion der Fowler'schen Arseniklösung. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 2. 1894.

Pratt, Edward F., The treatment of habitual abortion by chlorate of potassium. Lancet II. 18. p. 1057. Oct.

Preisach, Isidor, Das Formanilid b. Rachen- u. Kehlkopfkrankheiten. Ungar. Arch. f. Med. II. 2. p. 191.

Prentiss, D. W., Pilocarpine, its physiolog. action and therap. uses. Ther. Gaz. 3. S. IX. 10. p. 654. Oct.

Pucci, Pietro, La fenocolla nella malaria. Gazz. degli Ospit. XIV. 146.

Risso, Arturo, La bocca di quelli che fanno cure mercuriali. Rif. med. IX. 247. 248.

Ritchie, John, Brief notes on several cases of acute diarrhoea treated with keratin-coated carbolic acid pills. Lancet II. 22; Nov.

Robertson, William, Benzoll in influenza. Lancet II. 20. p. 1186. Nov. — Brit. med. Journ. Dec. 30. p. 1425.

Rodionow, G., Aloe pictum als therapeut. Mittel. Russk. Med. 27. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Röhmann, F., u. M. Bial, Ueber d. Einfluss d. Lymphagoga auf d. diastat. Wirkung d. Lymphe. Arch. f. Physiol. LV. 9 u. 10. p. 469.

Rosenbach, O., Ueber d. Gebrauch u. Missbrauch von Natrium bicarbonicum. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 3. 1894.

Rosenthal, J., Ueber d. Ausscheidung d. subcutan injicirten Morphium durch d. Speichel. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 49.

Rosenthal, O., Ueber d. Verwendbarkeit d. Europhens. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 2. p. 69. 1894.

Rosin, Heinrich, Einfl. von Chinin u. Methylenblau auf lebende Malariaparasiten. Deutsche med. Wochenschr. XIX. 44.

Rosiński, Zur Sozojodolbehandl. eiternder Wunden u. Geschwüre. Therap. Monatsh. VII. 12. p. 599.

Rüdel, G., a) Ueber d. Resorption u. Ausscheidung d. Kalks. — b) Ueber d. Resorption u. Ausscheidung von Kalksalzen b. rhachit. Kindern. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 1. p. 80. 90.

Saillet, 2 mots à propos des badigeonnages de guaïacol. Bull. de Thér. LXII. 44. p. 462. Nov. 30.

Santesson, C. G., Ueber die Wirkung einiger Chinaalkaloide auf d. isolirte Froschherz u. auf d. Blutdruck d. Kaninchens. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXII. 5 u. 6. p. 321.

Savill, Thomas D., On the therapeutic uses of exalgine. Lancet II. 22; Nov.

Schaetzel, Henri, Traitement des otites moyennes chroniques par la pilocarpine en injection dans la caisse du tympan. Diss. Saint-Imier. Bern. H. Koerber. Gr. 8. 64 pp. 1 Mk. 20 Pf.

Scheurlen, Weitere Untersuchungen über Saprol. Arch. f. Hyg. XIX. 4. p. 347.

Schiess Bey u. Kartulis, Ueber d. Resultate von 48 mit Tuberkulin behandelten Tuberkulösen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 2. p. 229.

Schinzinger, a) Ueber Liquor ferri peptonati Pizzala. — b) Ueber ein neues Antisepticum, d. Loretin. Med. Post 24.

Schmiedeberg, O., Ueber d. Ferratin u. seine diätet. u. therapeut. Anwendung. Centr.-Bl. f. klin. Med. XIV. 45.

Scholkow, A., Ueber d. therapeut. Wirkung d. Analgen. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 46.

Schüller, Max, Ueber d. erste Verwendung d. Guajacols b. d. Behandl. d. Tuberkulose. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 49.

Severini, A., Ricerche sperimentali sulla sorte ultima dell' acido arsenicoso nell' organismo animale. Rif. med. IX. 258. 259.

Silex, P., Atropin in d. Augenheilkunde. Therap. Monatsh. VIII. 1. p. 10. 1894.

Sillinger, Heinrich, Ueber d. Wirkungen d. Diuretin (Theobromin. natro-salicyl.). Wien. med. Wochenschr. XLIII. 43.

Smart, Andrew, The treatment of anaemia and chlorosis by the chief iron preparations commonly in use. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 264.

Spica, P., e G. P. Mengegazzi, Sull' azione dell' acqua ossigenata negli avvelenamenti per ossido di carbonio. Arch. di Farm. e Ter. I. 23. p. 705.

Stein, Stanislaus v., Cocainlösungen u. Cocaindämpfe b. Mittelohr- u. Labyrinthleiden. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXV. 1 u. 2. p. 55.

Stewart, W. W., Cocaine and its use in abdominal surgery. New York med. Record XLIV. 24. p. 749. Dec.

Stieglitz, Leo, Ueber Trional als Schlafmittel. New Yorker med. Mon.-Schr. V. 12. p. 479.

Stubenrauch, Ludwig von, Das Jodoform u. seine Bedeutung f. d. Gewebe. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 5 u. 6. p. 405.

Taenzer, P., Zur Dermatotherapie d. Adeps lanae. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVII. 11. p. 556.

Tafel, Otto, Ueber d. Strychnin. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 6.

Talley, Frank W., A note as to the use of oxalic acid as an emmenagogue. Med. News LXIV. 1. p. 12. Jan. 1894.

Tauszk, Franz, Ueber d. klin. Anwend. d. Formanilid. Ungar. Arch. f. Med. II. 2. p. 179.

Thin, G., The prevention and cure of ague by opium. Brit. med. Journ. Dec. 23. p. 1405.

Thomson, W. Ernest, The true position of oxygen as a restorative in carbonic acid poisoning. Glasgow med. Journ. XL. 5. 6. p. 341. 426. Nov., Dec. 1893; XLI. 1. p. 22. Jan. 1894.

Tomaschewitsch, S., Beobachtungen über die Wirkung d. Methylenblau b. Malaria im 9. Grenadierregiment (in Wladimir). Russk. Med. 30. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Tschourilow, J., Traitement de l'érysipèle par les chlorophénols et les bromophénols. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. II. 3. p. 329.

Valvassori Peroni, La cura della tubercolosi polmonare colle iniezioni sottocutanee di olio e creosoto ad alte dosi. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 3. p. 443.

Van Vranken, Gilbert, The use of strychnine

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

and paraldehyd in alcoholism. New York med. Record XLIV. 23. p. 711. Dec.

Vicario, A., Notes sur l'asaprol. Nouv. Remèdes IX. 20. p. 459. Oct.

Vulpius, G., Ueber Pepsinsaft. Bad. ärztl. Mittheil. XLVII. 23.

Warholm, R., Ättika såsom medel mot kräkningar efter kloroformnarkos. Hygiea LV. 10. S. 321.

Weber, Leonard, Clinical experiments with creosote in the management of inoperable cases of surgical kidney. New York med. Record XLIV. 12. p. 681. Nov.

Winkler, Ferdinand, Die antituberkulöse Wirkung d. Guajakoljodoforms. Med. Post II. 2. 1894.

Winslow, Forbes, Locomotor ataxy treated by phosphatic injections. Lancet II. 21. p. 1246. Nov.

Witzel, O., Das aus Salicylid-Chloroform gewonnene Chloroform-Anschütz. Chir. Centr.-Bl. XX. 52.

S. a. I. Dubs. II. Gibbs, Hermann, Mosso. III. Dahmen, Colasanti. IV. 5. Gordon, Remmer, Richardson; 8. Althaus; 10. O'Hagan; 11. Ashmead. V. 2. c. Lyncker; 2. e. Nicolaysen. VII. Diday. XV. Michaelis. XVIII. Ellinger.

3) *Toxikologie.*

Abutkow, A., Die Aethersucht u. ihr Auftreten in Livland. Westn. obschtsch. gig., sud. i prakt. Med. Mai. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Cazeneuve, P., Sur l'action toxicologique et microbicide du gallanol. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 43. p. 416. Oct. 31.

Corin, Gabr., u. George Ansiaux, Untersuchungen über Phosphorvergiftung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 1. p. 79. 1894.

Davies-Colley, A case of cardiac failure during the administration of ether. Lancet II. 20. p. 1186. Nov.

Ebstein, Wilhelm, Ein Fall von chron. Bleivergiftung. Virchow's Arch. CXXXIV. 3. p. 541.

Flynn, E. F., Poisoning by essence of pennyroyal. Brit. med. Journ. Dec. 9. p. 1270.

Freyhan, Ein merkwürdiger Fall von Phosphorvergiftung. Deutsche med. Wchnschr. XX. 3. 1894.

Gioffredi, Carlo, Sul potere coibente del fegato e del cervello negli avvelenamenti alcoolici. Gazz. degli Ospit. XIV. 125.

Grigorescu, J., Action des substances toxiques sur l'excitabilité des nerfs et des muscles périphériques; antidote de la strychnine. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 32. Janv. 1894.

Grützner, P., Ueber d. Bestimmung d. Giftigkeit verschiedener Stoffe. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 52.

Harnack, Erich., Toxikolog. Beobachtungen. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 47.

Heyse, Ueber Carbolsäurevergiftung. Charité-Ann. XVIII. p. 143.

Hildebrandt, H., Compendium d. Toxikologie. Freiburg i. Br. J. C. B. Mohr. Gr. 8. VII u. 60 S. mit 3 Abbild. 1 Mk. 40 Pf.

Hirsch, R., Ein Fall von Chloroformintoxikation durch innerl. genommenes Chloroform. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 1 u. 2. p. 190.

Illingworth, C. R., Corrosive sublimate poisoning in septicaemia. Brit. med. Journ. Nov. 4. p. 1028.

Jolly, F., Ueber einen Fall von multipler Neuritis nach chron. Arsenvergiftung. Charité-Ann. XVIII. p. 642.

Ipsen, Carl, Untersuchungen über d. Bedingungen d. Strychninnachweises b. vorgeschrittener Fäulniss. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 1. p. 1. 1894.

Kelynack, T. N., Cas fatal d'empoisonnement aigu par la benzine. Gaz. de Paris 46.

Königsdörffer, 6 Fälle von Pilzvergiftung mit Ausgang in Heilung. Therap. Monatsh. VII. 11. p. 571.

Kóssa, Julius, Ueber ein chem. Gegenmittel bei Cyanvergiftungen. Ungar. Arch. f. Med. II. 1. p. 12.

Kossorotow, D., Ueber die Veränderungen des Nervengewebes b. Sublimatvergiftung. Russk. Med. 33. 35. 36. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Langerhans, R., Ueber die Veränderungen der Luftwege u. der Lungen in Folge von Carbolvergiftung. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 48.

Loew, Oscar, Ein natürl. System d. Giftwirkungen. München. E. Wolff. Gr. 8. VIII u. 136. S. 4 Mk. 20 Pf.

Lusini, Valerio, Osservazioni cardiografiche di contributo allo studio fisiotossicologico dell' urina umana normalo e di alcuni stati patologici. Arch. di Farmacol. e Ter. I. 21. p. 653.

Maddox, Ernest E., A case of poisoning by belladonna plaster. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. p. 572. Nov.

Maisch, Charles O., A case of stramonium intoxication. New York med. Record XLIV. 17. p. 525. Oct.

Martin, C. J., On some effects upon the blood produced by the injection of the venom of the Australian black snake (pseudechis porphyriacus). Journ. of Physiol. XV. 4. p. 380.

Mattison, J. B., The modern and humane treatment of morphine disease. New York med. Record XLIV. 26. p. 804. Dec.

Mueller, A., On snake poison, its action and its antidote. Sydney. Bruck. 8. VI and 85 pp.

Olshausen, H. D., Argyrie nach äusserl. Behandlung mit Höllensteinlösung. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 47.

Onodi, A., Argyrose. Revue de Laryngol. etc. XV. 1. p. 12. Janv. 1894.

Phisalix, C., et G. Bertrand, Toxicité comparée de sang et du venin de la vipère. Arch. de Physiol. 5. S. XXVI. 1. p. 147. Janv. 1894.

Plummer, Selby, A case of poisoning by chloral hydrate; death. Lancet I. 1. p. 21. Jan. 1894.

Priestley, Joseph, Case of opium poisoning. Brit. med. Journ. Nov. 25. p. 1153.

Queely, E. St. George, Snake-bite. Lancet II. 27. p. 1653. Dec.

Seelye, H. H., Atropia poisoning from eating turkey. New York med. Record XLV. 1. p. 14. Jan. 1894.

Smith, Fred. J., A case of aniline poisoning. Lancet I. 2. p. 89. Jan. 1894.

Streit, Fall von Vergiftung durch Samen von Datura stamonium (Stechapfel). Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 2. 1894.

Tillie, Joseph, A variety of curare acting as a muscle poison. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 1. p. 96. Oct.

Triplett, J. S., Toxic symptoms from Seidlitz powders. Med. News LXIII. 20. p. 548. Nov.

Vogel, Ludwig, 3 Fälle von combinirten Vergiftungen. Charité-Ann. XVIII. p. 313.

W., C. F., Cocaine poisoning due to catheterisation. Lancet II. 19. p. 1156. Nov.

White, James C., Poisoning by vanilla. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 18. p. 440. Nov.

Williams-Freeman, J. P., Lead poisoning from tea. Lancet II. 20. p. 1185. Nov.

Wilson, Joseph R., Effect of carbon dioxid, carbonic oxid, sulphureted hydrogen, water-gas, and coal-gas on animal life. Med. News LXIII. 25. p. 677. Dec.

Wolkowitsch, N., Ein Fall von Schwefelsäurevergiftung. Die Veränderung im Oesophagus u. Magen u. Zufälligkeiten, welchen ein chirurg. Eingriff begegnen kann. Ueber d. Bedeutung d. Gastropexie als einer selbständ. operativen Methode. Wratsch 40. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

S. a. III. Belandi, Gurrieri, Schaffer. IV. 2. Beck, Marandon; 8. Boyce, Henschen, Laache, Leyden, Mackenzie, Plauth, Walker, White. VIII. Koplik. IX. Davies, Walker. XIII. 2. Erlenmeyer, Kochs, Spica, Thomson, Vranken. XVI. Hurd.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

XIV. Allgemeine Therapie.

1) *Bäder und Kurorte; Klimatologie.*

Baudach, Die Lungenheilanstalt Schönberg. Württemb. Corr.-Bl. LXIII. 30.

Deitrich, W. A., Lockout Mountain, Tennessee, as a health resort. New York med. Record XLIV. 16. p. 491. Oct.

Frey, A., Bericht über d. 3. Schwarzwald-Bädertag in Baden-Baden am 7. Oct. 1893. Bad. ärztl. Mittheil. XLVII. 21. 22. — Württemb. Corr.-Bl. LXIII. 33.

Hughes, Zur Wirksamkeit d. Mineralbäder. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 50. 51. 52.

James, Constantin, et Victor Aud'houi, Guide pratique aux eaux minérales de la France et de l'étranger. 14me. éd. Paris. Bloud et Barral. 8. XIX et 428 pp. 3 Mk. 60 Pf.

Kisch, Eine neue Analyse d. Marienbader Kreuzbrunnens. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 50.

Lützhöft, Fr., Ftisis-Sanatoriet Hohen-Honnef. Bibl. f. Läger 7.

Lyman, Henry M., Gleenwoodsprings, Colorado. New York med. Record XLIV. 34. p. 746. De.

Ruck, Karl v., The climate of Western Carolina with a consideration of the relative values of high and median altitudes in the treatment of pulmonary tuberculosis. Therap. Gaz. 3. S. IX. 10. p. 688. Oct.

Smidowitsch, W., Ueber d. Einfluss d. Wildunger Wassers auf d. Stoffwechsel. Med. 27. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Stern, Louis, Central-Arizona als Sanitarium f. Tuberkulose, Rheumatismus u. Asthma. New Yorker med. Mon.-Schr. V. 10. p. 387.

Vivien, Sur l'emploi des eaux minérales dans le jeune âge. Lyon méd. LXXIV. p. 229. Oct.

Wallian, Samuel S., The influence of climate on the breathing-habit. Med. News LXIII. p. 533. Nov.

Will, R., Diätet. u. therapeut. Winke für d. Besucher von Bad Homburg. Homburg v. d. H. F. Schick. Gr. 8. III u. 179 S. 2 Mk. 50 Pf.

Wurm, Ueber Krenotechnik. Württemb. Corr.-Bl. LXIII. 33.

S. a. II. Du Mesnil. IV. 2. Mayer, Otis; 6. Keller. XI. Solly. XV. Swjatlowski.

2) *Hydrotherapie, Massage, diätet. Kuren.*

Baum, Sigmund, Ueber d. Werth d. mechan. Reizes in d. Hydrotherapie. Wien. med. Presse XXXIV. 49. 50.

Bogdán, Aladár, Beiträge zur inneren Schleimhautmassage. Wien. med. Presse XXXV. 2. 1894.

Couette, Action et indications de la température en hydrothérapie. Lyon méd. LXXIV. p. 391. 478. 505. 543. 578. Nov., Dec. 1893. LXXV. p. 14. Janv. 1894.

Feodossjew, M., Ueber warme u. kalte Bäder b. d. Behandl. fieberhafter Krankheiten. Med 35. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Mitchell, John K., Preliminary note on the effect of massage on the blood-count. Med. News LXIII. 26. p. 715. Dec.

Paschen, Rich., Heilerfolge mit d. neuen Apparatotherapie. 3. Auflage. Dessau. P. Naumann in Comm. Gr. 8. IV u. 47 S. mit 72 Abbild. 1 Mk. 50 Pf.

Reymond, C., Gymnastique suédoise. Revue méd. de la Suisse rom. XIII. 11. 12. p. 685. 737. Nov., Dec.

Storoscheff, H., Die physiolog. Wirkung der Duschen nach russ. Untersuchungen. Bl. f. klin. Hydrother. III. 11.

Storoscheff, H., Die physiolog. Wirkung d. Abreibungen u. der Uebergiessungen nach russ. Untersuchungen. Bl. f. Hydrother. IV. 1. 1894

Teljatnik, Th., Ueber d. Einfluss heisser Luftbäder auf d. weissen Blutkörperchen b. gesunden Menschen. Wratsch 33. 34 — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Topp, Rudolf, Ueber d. Einfluss heisser Bäder auf d. menschl. Organismus. Therapeut. Monatsh. VIII. 1. p. 1. 1894.

Winternitz, W., Neue Untersuchungen über Blutveränderungen nach therm. Eingriffen. Bl. f. klin. Hydrother. III. 11. — Centr.-Bl. f. klin. Med. XIV. 49.

S. a. II. Grawitz. IV. 2. Wilson, Winternitz; 3. Baruch; 4. Heiligenthal, Naegeli, Neale; 9. Baruch. V. 1. Serenin; 2. c. Harder. VI. Brandt, Bumm, Goldspiegel. X. Jackson. XIII. 1. Gilbert.

3) *Elektrotherapie.*

Baudet, H. Ph., Faradimetrie. Nederl. Weekbl. II. 17.

Bleyer, J. Mount, and M. Milton Weill, The primary action of the galvanic current. Arch. of the Smithson. Inst. 8. 16 pp.

Brandis, Ueber Franklinisation. Württemb. Corr.-Bl. LXIII. 33.

Darzens, E., Les accumulateurs dans la pratique médicale. Revue de Laryngol. XIV. 22. p. 981. Nov.

De Renzi, E., Cura della pleuriti e della pericardite coll'electricità. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 3. p. 510.

Engelmann, George J., Recent investigations in faradic electricity: variation and control of the current by rapidity of interruption and variation of coils, and the single-wire high-tension current. Amer. Journ. of med. Sc. CII. 6. p. 637. Dec.

Eulenburg, Zur med. Elektrotechnik. Deutsche med. Wchnschr. XX. 3. 1894.

Hare, H. A., Is there such a thing as galvanizing the brain? Therap. Gaz. 3. S. IX. 12. p. 825. Dec.

Hedley, W. S., The employment of electric lightning currents for medical purposes. Lancet II. 23. p. 146. Dec.

Hedley, W. S., The physiological effects of high frequency in electric currents. Lancet II. 24; Dec.

Kraft en Zwaardemaker, Over de afbrekingsfrequentie onzer inductie-toestellen. Nederl. Weekbl. II. 23.

Remak, E., Ueber d. Definition d. Entartungsreaktion. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 46.

Remak, E., Ueber d. antiparalyt. Wirkung d. Elektrotherapie b. Drucklähmungen d. N. radialis. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 5 u. 6. p. 377.

Repetitorium, kurzes, d. Elektrotherapie. Wien. M. Breitenstein. 8. 73 S. mit Illustr. 1 Mk. 35 Pf.

Repmann, A. Ch., Ueber eine Aluminiumbatterie. Neurol. Centr.-Bl. XII. 23. p. 837.

Rieger, Conrad, Grundriss d. med. Elektricitätslehre. 3. Auflage. Jena. Gustav Fischer. 8. X u. 61 S. mit 24 Figg. in Chromolithogr. 2 Mk. 50 Pf.

Rockwell, A. D., The therapeutics of electricity in rheumatism, gout and diseases of the liver and kidneys. Therap. Gaz. 3. S. IX. 12. p. 802. Dec.

Sutherland, Wm. G., The physiological effects of high frequency electric currents. Lancet II. 10. p. 1033. Oct.

S. a. I. *Elektrotechnik.* II. *Elektrophysiologie.* IV. 5. Stewart; 8. Laborde; 10. Inglis, Monell. V. 2. a. Lane; 2. d. Lang. VI. Mally, Massey. XI. Mettenheimer.

4) *Verschiedenes.*

d'Arsonval, A., Préparation du liquide orchitique concentré. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 1. p. 172. Janv. 1894.

Bechterew, W. v., Ueber die Bedeutung der Hypnose als eines Heilmittels. Neurol. Centr.-Bl. XII. 21. p. 757.

Beck's therapeut. Almanach. 21. Jahrg. 1894. 1. Semester. Leipzig 1894. B. Konegen. 16. 54 S. 1 Mk.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Blomfield, James E., Spleen feeding in lymphadenoma. Brit. med. Journ. Oct. 21. p. 889.

Charteris, M., On medical treatment, past and present. Lancet II. 18; Oct.

Cobb, Farrar, The subcutaneous injection of salt solution a substitute for the intravenous method. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 13. p. 325. Sept.

Djelitzin, S. N., Ueber künstl. Athmung. Chir. Westn. Aug. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Egasse, Ed., La sérothérapie. Bull. de Thér. LXII. 38. 40. 42. 44. 46. 48. p. 312. 366. 420. 450. 555. Oct. 15—Déc. 30.

Francke, Karl, Unsere Kranken u. Schwachen müssen so gut wie irgend möglich ernährt werden. [Med. Neuigkeiten 46. 47.] München. Georg Wilhelm. 8. 10 S.

Friedrich, L., Die Hypnose als Heilmittel. [Ann. d. städt. allg. Krankenhäuser in München.] München. J. F. Lehmann's Verl. Gr. 8. 28 S. mit 1 Abbild. 1 Mk.

Günther, Carl, Die Blutserumtherapie. Ihre geschichtl. Entwickelung u. ihr gegenwärtiger Stand. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 46.

Hammond, W. A., On certain animal extracts, their mode of preparation and physiological and therapeutical effects. Alienist and Neurologist XIV. p. 224. — Neurol. Centr.-Bl. XII. 24. p. 866.

Harley, George, Viscerale Phlebotomie. Münchn. med. Wchnschr. XL. 47.

Hirsch, Max, Suggestion u. Hypnose. Leipzig. Ambr. Abel. 8. VI u. 240 S. 3 Mk. 75 Pf.

Kerr, Norman, Hypnotismus and its dangers. Brit. med. Journ. Dec. 23. p. 1407.

Köbner, H., Unterstützung von Aetzwirkungen auf Schleimhäuten durch Abänderung physiolog. Sekretionen. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 45.

Laborde, J. V., Contribution nouvelle à l'application du procédé des tractions rhythmées de la langue dans les diverses asphyxies. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 44. p. 565. Nov. 7.

Laborde, J. V., Contribution à l'application du procédé des tractions rhythmées de la langue dans l'asphyxie, avec mort apparente des nouveau-nés. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 50. p. 760. Déc. 19.

Lawrie, Edward, Clinical anaesthetic notes and remarks on a case of carbuncle treated by excision at the Afzulgunj hospital. Brit. med. Journ. Dec. 16.

Lewandowski, Rudolf, Ueber d. „Sonnen-Aether-Strahl-Apparate" u. deren therapeut. Verwendung. [Klin. Zeit- u. Streitfragen.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. S. 361—384.

Magill, William S., A new and rapid method of anaesthesia. New York med. Record XLIV. 17. p. 524. Oct.

Moncorvo, Contribution à l'étude de l'action thérapeutique de l'extrait liquide du cerveau de mouton tant chez les adultes que chez les enfants. Bull. de Thér. LXII. 42. p. 400. Nov. 15.

Munk, G., 3 Fälle von erfolgreicher Anwendung von Blutentziehung. Med. 37. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Peillon, 2 observations d'injection de sérum artificiel. Lyon méd. LXXIV. p. 378. Nov.

Přibram, Alfred, Grundzüge d. Therapie. Prag. med. Wchnschr. XIX. 1. 2. 1894.

Putnam, James J., Further notes respecting the therapeutic use of the sheep's thyroid. Amer. Journ. of med. Sc. CVI. 4. p. 438. Oct.

Robson, A. W. Mayo, Infusion (or transfusion) of normal saline solution in severe shock. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 154.

Rugh, J. P., A new and rapid method of anaesthesia. New York med. Record XLIV. 21. p. 670. Nov.

Sahli, Ueber ein nützl. physikal. Heilmittel [Vorrichtung zur äusserl. Wärmeapplikation]. Schweiz. Corr.-Bl. XXII. 21.

Schweninger, Kur u. Kuren. Wien. M. Merlin. Gr. 8. 12 S. 80 Pf.

Vermehren, F., Stoffwechseluntersuchungen nach Behandl. mit Glandula thyreoidea an Individuen mit u. ohne Myxödem. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 43.

Warnots, L., Antisepsie, asepsie et anesthésie générale. Journ. de Brux. LI. 47. p. 753. Nov.

Winkler, Ferd., Der jetzige Stand der ätiolog. Therapie. Med. Post II. 1. 1894.

Yeo, L. B., A manual of medical treatment or clinical therapeutics. 2. voll. Philadelphia. Brothers and Co. 8. XIII and 631, VI and 744 pp.

S. a. II. Burlureux. III. Behring, Gottstein, Vaughan. IV. 1. Jürgensen; 2. Dehio, Fedoroff, Laborde, Lewaschow, Richards; 3. Brügelmann; 4. Atkinson; 5. Bergmann, Forel; 8. de Bourgeon, Bourneville, Calvert, Davies, Evans, Larsen, Leichtenstern, Nielsen, Owen, Pasteur, Raven, Robertson, Routh, Schotten; 10. Bramwell, Dill, Jones, Phillips, Squire. V. 2. e. Peckham. VIII. Ssokolow. IX. Hellier, Paterson. X. Wecker.

XV. Hygieine. Sanitätspolizei. Gewerbekrankheiten.

Acland, T. D., A case of generalised vaccinia. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 114.

Adickes u. R. Baumeister, Die unterschiedl. Behandlung d. Bauordnungen f. d. Innere, d. Aussenbezirke u. d. Umgebung von Städten. Braunschweig. F. Vieweg u. Sohn. Gr. 8. 37 S. 60 Pf.

Altschul, Die sanitären Verhältnisse von Prag. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 42—46.

Antony, F., Recherches sur la valeur des différentes préparations vaccinales. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXII. 12. p. 465. Déc.

Arlidge, J. T., On mineral (non-metallic) tusts, the manufactory of pottery etc. Lancet II. 23; Dec.

Ashmead, Albert S., A source of infection on American prairies. Univers. med. Mag. VI. 4. p. 250. Jan. 1894.

Baas, Herm., Gesundheit u. langes Leben. Leipzig. E. Keil's Nachf. 8. VIII u. 496 S. 5 Mk.

Balch, L., A manual for boards of health and health officers. Albany. Banks and Brothers. 8. 242 pp.

Baldwin, W., The present sanitary condition of Florence. Lancet II. 23. p. 1391. Dec.

Balland et Masson, Sur la stérilisation du pain de munition et du biscuit. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXII. 12. p. 535. Déc.

Bergvall, J. E., Några sanitära förhållanden inom Gefleborgs län. Hygiea LV. 10. S. 370.

Bericht d. Ausschusses über d. 18. Versamml. d. deutschen Vereins f. öff. Gesundheitspflege zu Würzburg vom 24. bis 28. Mai 1893. Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXVI. 1. p. 1.

Beyerinck, M. W., Notiz über d. Nachweis von Protozoen u. Spirillen im Trinkwasser. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 1. 1894.

Biering, Epidemiloven af 30. Marts 1892. Ugeskr. f. Läger 4. R. XXVIII. 25.

Blachstein, Contribution à l'étude microbique de l'eau. Ann. de l'Inst. Pasteur VII. 10. p. 689.

Bovet, La biscotte de légumine comme succédanée du pain dans l'alimentation des malades. Nouv. Remèdes X. 1. p. 11. Janv. 1894.

Brouardel, P., La défense contre le choléra: valeur comparée du système quarantainaire ancien et du système adopté à la conférence de Dresde pour la défense des divers pays contre le choléra. Ann. d'Hyg. 3. S. XXX. 5. p. 385. Nov.

Burge, Fred. J., Importation of rags. Lancet II. 17. p. 1033. Oct.

Buys, E., Un cas notable de régime hypoazoté

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

habituel." Journ. de Brux. LI. 48. p. 769. Déc. — Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 153.

Carnellay, Thomas, and J. Foggie, The air of schools. Journ. of Pathol. and Bacteriol. II. 2. p. 157. Nov.

Charpentier, Rapports annuels de la Commission permanente de l'hygiène des enfants, année 1893. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 44. p. 455. Nov. 7.

Coreil, F., La purification des eaux. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 1. p. 46. Janv. 1894.

Discussion sur les maladies épidémiques entraînant la déclaration obligatoire. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 41. p. 378. Oct. 17. — Gaz. de Par. 43. 44.

Doty, A. H., On vaccination. New York med. Record XLIV. 24. p. 743. Dec.

Du Mesnil, O., Les ordures ménagères de Paris. Ann. d'Hyg. 3. S. XXX. 6. p. 550. Déc.

Durgin, S. H., The sanitary condition of Boston. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 12. p. 298. Sept.

Edel, Max, Untersuchungen über d. Bakteriengehalt d. Badewassers. Arch. f. Hyg. XIX. 3. p. 225.

Ferrati, Enrico, Ueber d. Gewichtsverlust d. Fleisches b. Erwärmen. Arch. f. Hyg. XIX. 3. p. 318.

Finkelnburg, C., Geschichtl. Entwickelung u. Organisation d. öffentl. Gesundheitspflege in d. Culturstaaten. [Handb. d. Hyg., herausgeg. von *Theodor Weyl*, I. Bd. 1. Abth. 1. Lief.] Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. 30 S. 80 Pf.

Fitzau, Hermann, Der Einfluss d. Würzburger Schwemmkanalisation auf d. Main. [Verh. d. physik.-med. Ges. zu Würzb.] Würzburg. Stahel. Gr. 8. 16 S. mit 1 Plan. 1 Mk.

Fodor, Josef v., Hygieine d. Bodens. Mit besond. Rücksicht auf Epidemiologie u. Bauwesen. [Handb. d. Hyg., herausgeg. von *Theodor Weyl*. I. Bd. 1. Abth. 2. Lief.] Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. 346 S. mit 23 Abbild. u. 2 Curventaf. 4 Mk. 50 Pf.

Fox, T. Colcott, 2 cases of generalised vaccinia. Clin. Soc. Transact. XXVII. p. 108.

Frühwald, F., Ollendorf's Gummiklappenverschluss zur Sterilisirung d. Milch. Wien. klin. Wchnschr. VI. 46.

Generalbericht über d. öffentl. Gesundheitswesen d. Reg.-Bez. Bromberg f. d. Jahre 1889—1891, erstattet von *Peters*. Bromberg. Mittler. Gr. 8. 160 S. 3 Mk.

Gesundheitswesen, d. öffentl., im Regierungsbezirk Gumbinnen während d. JJ. 1889—91. Generalber. von *Passauer*. Gumbinnen. R. Hinz. Gr. 8. IV u. 212 S. 3 Mk.

Goldkuhl, A., Helsovårdslärans införande såsom läroämne i skolarna. Hygiea LV. 10. S. 381.

Graves, William R., Waterlogged Dublin. Dubl. Journ. XCVI. p. 503. Dec.

Grossheim, C., Das Sanitätswesen auf d. Weltausstellung zu Chicago. Berlin. A. Hirschwald. Gr. 8. 117 S. mit 92 Abbild. 4 Mk. 80 Pf.

Gruber, Max, Gesichtspunkte f. d. Prüfung u. Beurtheilung von Wasserfiltern. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 15.

Hällström, K. A., Kulkutautien vastustamisesta maalla. [Ueber Abwehr d. Seuchen auf d. Lande.] Duodecim IX. 11 ja 12. S. 206.

Hallander, W., Motsvarar den fabriksmässiga korftillvärkningen å landsbyden hygienens fordringar? Hygiea LV. 10. S. 399.

Handbuch d. Hygiene, herausgeg. von *Theodor Weyl*. I. Bd. 1. Abth. 1. Lief. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. S. 1—30. 80 Pf. — II. Bd. 2. Abth. IV S. u. S. 1—148. 3 Mk. — III. Bd. 1. Abth. 1. Lief. S. 1—141. 3 Mk. 50 Pf.

Hansen, G. Armauer, On the report of the leprosy commission in India 1890—91. Lancet II. 18; Oct.

Hansen, S., Om Revakcinationen i Hären. Militärlägen I. 4.

Heider, Adolf, Untersuchungen über d. Verunreinigung d. Donau durch d. Abwässer d. Stadt Wien. [Wissenschaftl. Abhandl. aus d. k. k. obersten Sanitätsrathe III.] Wien. A. Hölder. Lex.-8. 44 S. 1 Mk. 60 Pf.

Högland, A. Th., och Klas Sondén, Smältbarhetsförsök öfver cacao. Hygiea LV. 12. S. 583.

Höpfner, Ludw., Die geistige Ermüdung von Schulkindern. Beobachtungen nach statist. Methode als Beitrag zur experiment. Psychologie. Diss. Hamburg. Voss. Gr. 8. 40 S. 1 Mk. — Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane VI. 2 u. 3. p. 191.

Holtz, Oscar, Hebrok's Lungenschoner, ein Apparat zur Verhütung d. gewohnheitsmässigen Mundathmung. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 48.

Jacobson, Zum Revisionsverfahren d. Farbenhandlungen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 1. p. 162. 1894.

Jessner, Die Aufgaben d. öffentl. Gesundheitspflege b. d. Verhütung d. vener. Krankheiten. Frankfurt a. M. Jaeger's Verl. Gr. 8. S. 225—247. [Fortschr. d. öff. Geshpfl.] 1 Mk.

Journal d. Sitzungen d. Medicinalrathes d. taurischen Gouvernements am 24. u. 26. Aug. 1893. Mit Beilagen. Simferopol. Druck von Spiro. 8. 50 S. [Russisch.]

Kapteyn, H. P., De diepe putboringen bij Sloten. Nederl. Weekbl. II. 25.

Kemmerich, E., Studien über d. südamerikan. Fleischextrakt u. Fleischpepton. Ztschr. f. physiolog. Chemie XVIII. 5 u. 6. p. 409.

Kjerrulf, Om slagthuslagstiftningen i utlandet samt nödvändigheten att hos oss införa öffentliga slagthus og besigtningstvång för alt torgfördt kött. Hygiea LV. 11. Förh. S. 135. 162.

Kirchner, Martin, Gesichtspunkte f. d. Prüfung u. Beurtheilung von Wasserfiltern. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 16.

Kolsky, P. J., Bericht an d. Gesundheitsrath des taurischen Gouvernements über d. Einführung d. Kartensystems zur Registrirung d. Krankheiten. Journ. d. Sitzungen d. Gesundheitsrathes d. taur. Gouvernements. S. 11. [Russisch.]

Kramsztyk, Julian, Sterilisation oder Pasteurisation? Ein Beitrag zur Sterilisationsfrage der Milch. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 2. p. 249. 1894.

Kratschmer, Fl., Gutachten d. k. k. obersten Sanitätsraths über d. sanitätspolizeil. Bedeutung u. Beurtheilung d. Schwefelns d. Nüsse u. Mandeln. Das österr. San.-Wesen 47.

Krückmann, Der hygiein. Strumpf. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 3. 1894.

Laser, Hugo, Der Wasserkochapparat von der deutschen Continental-Gasgesellschaft in Dessau. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 23.

Lebedinski, S. A., Zur Frage von d. Organisation d. 1. med. Hülfe auf d. Eisenbahnen. Ssanit. delo 1. 2. 3. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Lehmann, K. B., Hyg. Studien über Mehl u. Brot, mit besond. Berücksicht. d. gegenwärtig in Deutschland übl. Brotkost. Arch. f. Hyg. XIX. 1. 4. p. 71. 363.

Lehmann, K. B., Nachträge zu meinen „hyg. Untersuch. über Bleichromat". Arch. f. Hyg. XIX. 1. p. 113.

Leppmann, A., Die Nürnberg-Fürther Industrie in gesundheitl. Beziehung. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 43b.

Lindenborn, Impfung mit sterilen Instrumenten. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 1. 1894.

Loebel, Arthur, Kosmet. Winke f. d. Pflege d. Haut, d. Haare u. d. Mundes. Leipzig u. Wien. M. Breitenstein. 8. 135 S. 1 Mk. 60 Pf.

Lohmann, Paul, Lebensmittelpolizei. Ein Handbuch f. d. Prüfung u. Beurtheilung d. menschl. Nahrungs- u. Genussmittel im Sinne d. Gesetzes vom 14. Mai 1879. 1. Lief. Leipzig. E. Günther. Gr. 8. IV u. 96 S. 2 Mk.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Maljean, F. A., Etude bactériologique de l'eau de la ville de Châlons-sur-Marne. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 1. p. 1. Janv. 1894.

Malvoz, E., Etudes bactériologiques sur les eaux de boisson. Presse méd. XLV. 46.

Marcet, W., The hygieinic and therapeutic aspects of climbing. Lancet II. 22. p. 1352. Nov.

Melin, F. M., Äro reformer i vaccinationen behöfliga? Hygiea LV. 10. S. 391.

Michaelis, Ad. Alf., Der Kaffee (Coffea arabica) als Genuss- u. Heilmittel. Eine diätet.-med. Abhandl. Erlangen. F. Junge. Gr. 8. 53 S. mit 1 Tafel. 1 Mk.

Mundus, Eine Closetdusche. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 44.

Munk, Immanuel, Einzelernährung u. Massenernährung. [Handb. d. Hyg., herausgeg. von *Theodor Weyl*. III. Bd. 1. Abth. 1. Lief.] Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. IV u. 141 S. mit 2 Abbild. 3 Mk. 50 Pf.

Napias, H., L'hygiène des hôtels. Progrès méd. XXI. 44.

Neumann, Fr., Wie steht es mit d. Impfschutz b. animaler Impfung? Bad. ärztl. Mittheil. XLVII. 17.

Niemann, F., Ueber d. Abspaltung von Kohlensäure, Mercaptan u. Schwefelwasserstoff b. Kochen einiger animal. u. vegetabil. Nahrungsmittel. Arch. f. Hyg. XIX. 2. p. 126.

Nocard, Ed., Désinfection des déchets de boucherie. Ann. d'Hyg. 3. S. XXX. 5. p. 445. Nov.

Northrup, W. P., „Modified" milk. New York med. Record XLIV. 18. p. 559. Oct.

Ott, Lambert, 15 years observation among beerdrinkers. Med. News LXIV. 1. p. 4. Jan. 1894.

Pannwitz, Der Desinfektionsapparat als Haushaltungsgegenstand. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 51.

Parke, T. H., Guide to health in Africa, with notes on the country and its inhabitants. London. Low. 8. 180 pp. 5 Sh.

Paulisch, Otto, Der Ausschank d. Bieres vom sanitätspolizeil. Standpunkte. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XII. 10 u. 11. p. 387.

Peterson, J. Osc. [Justus], Unsere Nahrungsmittel in ihrer volkswirthschaftl. u. gesundheitl. Bedeutung. Eine prakt. Ernährungslehre f. Gesunde u. Kranke. Stuttgart. A. Zimmer. 8. VIII u. 335 S. mit 2 Tab. 4 Mk.

Pick, Alois, Ueber d. Einwirkung von Wein u. Bier, sowie von einigen organ. Säuren auf d. Cholera- u. Typhusbakterien. Arch. f. Hyg. XIX. 1. p. 51.

Plaut, H. C., Einfl. d. Beschaffenheit von Milch u. Wohnung auf d. Gedeihen d. Ziehkinder in Leipzig. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 2. p. 308.

Relander, Konrad, Miten olisi yleisö saatava tchokkaaseen osanottoon ja vilkkaaseen toimeen kulkutautien vastustamiseksi. [Ueber d. Theilnahme d. Publikums an d. Verhütung von Seuchen.] Duodecim IX. 11 ja 12. S. 218.

Reuss, L., Les habitations à bon marché en France et à l'étranger. Ann. d'Hyg. 3. S. XXX. 5. 6. p. 417. 502. Nov., Déc.

Röse, C., Hygieine d. Zähne, ein wichtiges Glied d. allgem. Gesundheitslehre. Münchn. med. Wchnschr. XL. 47.

Rotch, T. M., The general principles underlying all good methods of infant feeding. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 21. p. 505. Nov. — Med. News LXIII. 22. p. 600. Nov.

Schenk, H., Ueber d. Bedeutung d. Rheinvegetation f. d. Selbstreinigung d. Rheines. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XII. 10. 11. 12. p. 365. 443.

Schiöttz-Christensen, Rugbröd. Ugeskr. f. Läger 4. R. XXVIII. 21.

Schneidemühl, Georg, Ueber d. wissenschaftl. Grundsätze u. d. prakt. Regelung d. Fleischbeschau. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 45. 46.

Schultz, H., Ueber d. Wasserkochapparat d. Geh.-R. *Werner v. Siemens*. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 2. p. 206.

Schwarzenecker, Anleitung zur Begutachtung d. Schlachtthiere u. d. Fleisches. Berlin. E. S. Mittler u. Sohn. 8. VII u. 68 S. mit 9 Abbild. u. 6 Taf. 1 Mk. 60 Pf.

Seeligmann, E., Zur Behandl. d. Sterilität d. Ehe. Münchn. med. Wchnschr. XL. 45.

Smith, Welche Stellung sollen wir Aerzte der Alkoholfrage gegenüber einnehmen? Neurol. Centr.-Bl. XIII. 2. p. 92. 1894.

Sobotka, Josef, Zur Kenntniss d. Vaccineprocesses. Ztschr. f. Heilkde. XIV. 5 u. 6. p. 349.

Solbrig, Ueber d. Prophylaxe d. Diphtheritis vom sanitätspolizeil. Standpunkte. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 1. p. 145. 1894.

Ssabinin, A. Ch., Die Choleraepidemie von 1892 in d. Stadt Woronesh u. ihren Vorstädten. Westn. obschtsch. gig., sud. i prakt. med. Febr. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Ssulema, K. P., Die Abwässer d. Rübenzuckerfabriken u. die Mittel zu ihrer Unschädlichmachung. Westn. obschtsch. gig., sud. i prakt. med. Febr., März. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Stone, A. K., The hygienic argument for cremation considered from a bacteriological standpoint. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 18. 19. p. 433. 462. Nov.

Strümpell, Adolf, Ueber d. Alkoholfrage vom ärztl. Standpunkte aus. Med. Post I. 24. 1893. II. 1. 1894.

Stumpf, Ludwig, Ergebnisse d. Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im J. 1892. Münchn. med. Wchnschr. XL. 43. 44. 45.

Sucksdorff, Vilh., Tvättkläders desinfektion genom tvättning. Helsingfors. Tidnings- och tryckeriactiebolog. St. 8. 124 S.

Swjatlowski, W. W., Die Produktion d. künstl. Mineralwässer in sanitärer Beziehung. Ssanit. delo 1—4. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 9.

Teich, Max, Das Verfahren von *Babes* zur Gewinnung von keimfreiem Wasser. Arch. f. Hyg. XIX. 1. p. 62.

Tellier, Ch., Sur l'influence de la navigation au point de vue du transport des germes épidémiques. Gaz. de Par. 43.

Thoinot, L., La ville de Rennes; état sanitaire; eaux d'alimentation et fièvre typhoïde. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 1. p. 5. Janv. 1894.

Unger, L., Ueber Kinderernährung u. Diätetik. [Wien. med. Presse XXXIV. 16—30.] Wien u. Leipzig. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 43 S. 1 Mk.

Vallin, Sur les maladies épidémiques entraînant la déclaration obligatoire. Bull. de l'Acad. 3. S. XXX. 40. p. 354. Oct. 10. — Gaz. des Hôp. 120. — Gaz. de Par. 42.

Van der Heyden, W., Description of a newly devised sanitary building. Yokohama. Japan Herald Office. 8. 21 pp. with 2 plates and 3 diagramms.

Villain, L., Produits accessoires de la boucherie de provenance des abattoirs de Paris. Gaz. des Hôp. 130.

Weber, Hermann, The hygienic and therapeutic aspects of climbing. Lancet II. 18; Oct.

Wernich, A., Leichenwesen, einschliessl. d. Feuerbestattung. [Handb. d. Hyg., herausgeg. von *Theodor Weyl*. II. 2.] Jena. Gust. Fischer. Gr. 8. IV u. 148 S. mit 6 Abbild. 3 Mk.

Weyl, Th., Ueber Müllverbrennung. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 47.

Wolffhügel, Gust., Zur Lehre vom Luftwechsel. München. R. Oldenbourg. Gr. 8. 75 S. 1 Mk. 25 Pf.

Woodward, Wm., The after-treatment of vaccination. Lancet II. 19. p. 1156. Nov.

Zimmermann, O. E. R., Die Bakterien unserer Trink- u. Nutzwässer, insbes. d. Wassers d. Chemnitzer Wasserleitung. 2. Reihe. Chemnitz. M. Bülz. Gr. 8. 92 S. nebst 5 Taf. mit 30 Photogr. 4 Mk.

S. a. I. Abel, Argutinsky, Dubs, Fischer,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Munk, Schiele, Teich. II. Butkewitsch, Contejean, Herzen, Weiske. III. Bollinger, Hertz, Kramer, Mendoza, Miller, Schoefer, Spronck, Wlaew. IV. 2. Babes, Brannan, Cordwent, Delepine, Diphtheria, Flick, Heron, Johnson, Loewy, Mc Feely, Mackie, M'Vail, Monod, Mosny, Otis, Pourquier, Sedgwick, Taylor, Wilks, Zahn; 3. Lancereaux; 9. Chéron, Sharp, Spirig; 11. Carry, Cordwent, Lang, Sederholm, Titomanlio. V. 1. Boeckmann. VII. Löhlein. X. Cohn, Nieden. XI. Wiche. XIII. 2. Vranken; 3. Williams. XIV. 2. *Gymnastik.* XVII. Frölich, Kirchner. XVIII. Boenninghaus. XIX. Jahresbericht, Taylor. XX. Virchow.

XVI. Staatsarzneikunde. Gerichtliche Medicin.

Afanassjew, W., Ein seltener Fall von Erstickung als Selbstmord. Med. Obosr. 29. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 8.

Berkhan, O., Die Schreibstörungen b. Schwachbefähigten in gerichtl. Beziehung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 1. p. 106. 1894.

Bourneville, De l'emploi du thermomètre dans la constatation de la mort réelle. Progrès méd. XXI. 43.

Brouardel et Dieulafoy, Rapport sur l'état de santé de Cornelius Herz. Gaz. des Hôp. 128. — Ann. d'Hyg. 3. S. XXX. 6. p. 481. Déc.

Bruglocher, Erwin, Gesetz- u. Verordnungs-Sammlung f. prakt. Aerzte im Königr. Bayern. Würzburg. Ballhorn u. Cramer. 8. X u. 144 S. 1 Mk. 80 Pf.

Camuset, Contribution à l'étude médico-légale de la pyromanie. Ann. méd.-psychol. 7. S. XXVIII. 3. p. 432. Nov.—Déc.

Dittrich, Paul, Die Ausbildung von Gerichtsärzten. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 47.

Haberda, Albin, Die gerichtsärztl. Bedeutung von Rachenverletzungen in Leichen Neugeborener. Wien. klin. Wchnschr. VI. 45. 46. 47.

Heider, N., Ueber d. schleunigen Eintritt d. Todes nach Misshandlungen. Inaug.-Diss. Dorpat. Karow. Gr. 8. 81 S. mit 7 Tab. 2 Mk. 30 Pf.

Hesse, Arthur, Gerichtsärztl. Beurtheilung von Gehirnabscessen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 1. p. 44. 1894.

Hüttig, Verletzungen d. Ohres vom gerichtsärztl. Standpunkt. Vjhrschr. f. ger. Med. 3. F. VII. 1. p. 23. 1894.

Hurd, E. P., A case of sudden death in an inebriate. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 24. p. 593. Dec.

Justi, Eine gerichtl. Entmündigung vor 45 Jahren. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 1. p. 120. 1894.

Kirn, Ueber Criminalanthropologie. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 2. p. 87. 1894.

Metzquer, Edmond, Etude médico-légale sur les dispositions à titre gratuit faites en faveur des médecins par leurs clients. Gaz. des Hôp. 136.

Näcke, Paul, Verbrechen u. Wahnsinn b. Weibe. Mit Ausblicken auf d. Criminal-Anthropologie überhaupt. Wien. Braumüller. Gr. 8. XI u. 257 S. mit 2 Tab. 5 Mk.

Näcke, Zur Methodologie einer wissenschaftl. Criminal-Anthropologie. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. IV. p. 449. Oct.

Naumow, J., Zur Frage über zweifelhafte Geisteszustände vor dem Gericht. Neurol. Centr.-Bl. XII. 24. p. 869.

Palme, Sven, Några undersökningar rörande sjelfmordsfrågan. Hygiea LV. 11. Förh. S. 124.

Riedel, Alfred, Prakt. Winke f. angehende Amtsärzte zur Bearbeitung der zu den Jahresberichten vorgeschriebenen Tabellen. Münchn. med. Wchnschr. XL. 48.

Seydel, C., Ueber Kopftraumen mit tödtl. Erfolge ohne makroskop. Veränderungen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 1. p. 73. 1894.

Siehe, Tod durch Kopfverletzung in Folge von Sturzgeburt oder in Folge vorsätzl. beigebrachter Verletzungen? Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 1. p. 96. 1894.

Siemerling, E., Beitrag zur forens. Psychiatrie. Charité-Ann. XVIII. p. 654.

Stark, W., Ein Fall von Delirium epilepticum vor Gericht. Bad. ärztl. Mittheil. XLVII. 19.

Templeman, Charles, 2 rare cases of sudden death in medico-legal practice. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 20.

Templeman, Charles, Strangulation and hanging. Edinb. med.-chir. Soc. Transact. N. S. XII. p. 240.

Thomas, J., De la pendaison; étude des lésions du cou, leur valeur diagnostique. Thèse. Paris. G. Steinheil. 4. 44 pp.

S. a. I. Severini. II. Butkewitsch, Daae. III. Corin. IV. 6. Salomonsen; 8. Higier, Jokinen, Knapp. VI. Lombroso. VII. Buchanan, Donaldson, Goenner, Nikitin, Resnikow. IX. Bjeljakow, Holmboe. X. Groenouw. XIII. 3. Ibsen. XIV. 4. Kerr.

XVII. Militärärztliche Wissenschaft.

Breuning-Storm, H. A., Betragtninger over Öjenregulativet. Militärlägen I. 3.

Demmler, A., Considérations sur la chirurgie d'armée: De l'influence de la méthode antiseptique dans la thérapeutique des plaies d'armes à feu. — De l'intervention chirurgicale sur les champs de bataille. Gaz. des Hôp. 138.

Forgue, E., Le chargement du soldat. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXII. 12. p. 542. Déc.

Frölich, H., Ueber militärmed. Schutzmaassregeln gegen Seuchen. Militärarzt XXVII. 23.

Haase, Wilhelm, Ueber den Nutzen der Verpflegungs-Feldbahnen f. d. Krankentransport im Kriege. Militärarzt XXVII. 19. 20. — Med. Post. 22.

Jahresbericht (*W. Roth's*) über die Leistungen u. Fortschritte auf d. Gebiete des Militär-Sanitätswesens. XVIII. Jahrg., Bericht f. d. J. 1892. [Suppl. z. deutschen mil.-ärztl. Ztschr.] Berlin. Mittler u. Sohn. 8. XI u. 216 S.

Kirchner, A., Truppen-Gesundheitspflege. Berlin. R. Schoetz. 12. VI u. 92 S. 1 Mk. 60 Pf.

Laub, H., Det engelske Lazarettelt „Tortoise". Militärlägen I. 4.

Longmore, Thos., The early care of wounded in war. Brit. med. Journ. Dec. 2. p. 1248.

Marinesanitätsordnung. 3 Bände. Berlin. E. S. Mittler u. Sohn. Gr. 8. 1. Marinesanitätsordnung am Lande. XIX u. 310 S. — 2. Beilagen d. Marine-San.-Ordn. am Lande. VII u. 464 S. — 3. Marinesanitätsordnung an Bord. X u. 313 S. 9 Mk.

Pawlow, E. W., Die kriegssanitäre Bedeutung d. Bewaffnung d. Armee mit kleinkalibrigem Gewehr. Shurn. russk. obschtsch. nar. sdraw. Jan., Febr. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

Port, Ueber d. Nothwendigkeit einer gleichmässigeren Ausbildung der Lazarethgehülfen u. Hülfskrankenträger. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 44. p. 1092.

Ravn, E., Om Sundhetstilstanden ved I. Artilleri-Bataillon i Vinteren 1892—93. Militärlägen I. 3.

Uspenski, D. M., Einfluss St. Petersburgs auf d. Gesundheit der in ihm stationirten Truppen. Shurn. russk. obschtsch. ochran. narodn. sdraw. Oct. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 7.

S. a. IV. 2. Dufaud; 8. Jurmann. V. 1. Demosthen, Forgue; 2. d. Villegente. IX. Speyr. X. Cohn. XV. Balland, Hansen. XVIII. Veterinär-San.-Bericht. XX. Larsen.

XVIII. Thierheilkunde. Veterinärwesen.

Boenninghaus, Georg, Ueber Hundswuth vom sanitätspolizeil. Standpunkte. [Thiermed. Vortr., heraus-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

geg. von *G. Schneidemühl.* III. 5.] Leipzig. A. Felix. Gr. 8. 24 S. 1 Mk. 50 Pf.

Buch, J., Praktikum d. pathолog. Anatomie f. Thierärzte. Berlin. R. Schoetz. Gr. 8. VI u. 146 S. 4 Mk.

Csokor, J., Ueber d. Wurmaneurysma d. Pferdes. Wien. klin. Wchnschr. VI. 50.

Dexler, H., Ueber Pachymeningitis ossificans chronica u. über Compressionsmyelitis b. Hunde. Wien. med. Presse XXXIV. 51. 52.

Eber, W., Tussis convulsiva infectiosa d. Hunde. Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XX. 1. p. 67.

Ellinger, Richard, Ein weiterer Fall von Ranula sublingualis b. Pferde, geheilt durch subcutane Pilocarpin.-hydrochlor.-Injektionen. Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XX. 1. p. 77.

Hamann, Otto, Die Filarienseuche d. Enten u. d. Zwischenwirth von Filaria uncinata. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 17.

Jensen, C. O., Eine bisher nur wenig beachtete Infektionsweise d. Pferdestaupe. Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XX. 1. p. 47.

Kalender, Fromme's österreich. f. Thierärzte f. d. Jahr 1894. 1. Jahrg. Red. von *Jos. Rudovsky.* Wien. C. Fromme. 16. VIII u. 205 S. u. Tagebuch. 3 Mk. 20 Pf.

Koch, Alois, Veterinär-Normalien, betr. d. Organisation des österr. u. des ungar. Veterinärwesens, einschliessl. Bosniens u. d. Herzegowina. 1. Band: d. Civilveterinärwesen. 2. Abtheil. Wien. M. Perles. 8. XV u. 894 S. 10 Mk.

Lannois, Abcès du cervelet lié à la présence d'acares dans l'oreille chez un lapin. Lyon méd. LXXIV. p. 381. Nov.

Möller, H., Lehrbuch d. Chirurgie f. Thierärzte. 2. Aufl. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. XVI u. 950 S. 21 Mk.

Nocard, La tuberculose bovine à l'école nationale d'agriculture de Grignon. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 1. p. 21. Janv. 1894.

Rátz, Stephan von, Blinddarmentzündung bei Truthühnern durch Ascariden verursacht. Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XX. 1. p. 74.

Schneidemühl, Georg, Das Thierarzneiwesen Deutschlands u. seiner Einzelstaaten. 3. Lief. Leipzig. A. Felix. Gr. 8. XIX S. u. S. 321—506. 5 Mk. (1—3 = 12 Mk.)

Semmer, E., Ueber gutartige heilbare Formen d. Rotzes. Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XX. 1. p. 59.

Veterinär-Sanitäts-Bericht, statistischer über d. preuss. Armee f. d. Rapportsjahr 1892. Berlin. E. S. Mittler u. Sohn. Gr. 4. IV u. 146 S. mit graph. Figg. 5 Mk.

S. a. I. Rywosch. II. *Vergleichende Anatomie, Physiologie u. Zoologie.* III. *Vergleich. Pathologie.* IV. 2. Kraiouchkine; 12. Sakharoff. XIII. 2. Baum.

XIX. Medicin im Allgemeinen. Ausbildung der Aerzte. Standesinteressen. Hospitäler. Volksschriften. Statistik.

Alexander, S., Das Verhältniss d. Berliner Aerzte zu d. Berufsgenossenschaften. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 51.

Årsberättelse (den fiordonte) från Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm för 1892, afgifven af Dr. *F. W. Warfvinge.* Stockholm. Isaac Marcus' boktr.-aktiebolag. 8. 264 och VII S. med taflor.

Bachmann, Franz, Was ist Krankheit u. wie heilen wir? Berlin 1894. Hugo Steinitz. 8. XX u. 141 S.

Bergh, C. A., Nutida sjukvårdsanstalter. Hygiea LV. 10. S. 406.

Bergmann, E. von, Die Versamml. deutscher Naturforscher u. Aerzte in Nürnberg. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 50.

Bericht, ärztlicher, d. allgem. Krankenhauses zu Prag vom J. 1891. Prag. J. G. Calve. Gr. 8. III u. 187 S. mit 1 Tab. 4 Mk.

Bericht über d. 65. Versamml. deutscher Naturforscher u. Aerzte, Nürnberg 11.—15. Sept. 1893. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 42—45. — Berl. klin. Wchnschr. XXX. 47. 48. — Münchn. med. Wchnschr. XL. 43. 46. 1898; XLI. 1. 1894. — Wien. med. Presse XXXIV. 43. 52. 1893; XXXV. 1. 2. 4. 1894.

Bibliothek d. gesammten med. Wissenschaften, herausgeg. von *A. Drasche* [1. Abth.: Innere Med. u. Kinderkrankheiten] 1. Lief. Wien u. Leipzig. Max Merlin. Lex.-8. 48 S. 1 Mk.

Billings, John S., Vital statistics of the district of Columbia and Baltimore covering a period of 6 years ending may 31, 1890. Washington. Govern. print. off. 4. 241 pp.

British medical association, New Castle-on-Tyne, Aug. 1—4. Brit. med. Journ. Oct. 21. 28., Nov. 11. 18. 25.

Charité-Annalen, Red. von *Schaper.* XVIII. Jahrg. Berlin. A. Hirschwald. Gr. 8. 759 S. mit Holzschn. u. Tabellen.

Dabney, William C., The aims and methods of medical education. Med. News LXIII. 27. p. 729. Dec.

Du Mesnil, O., Les épidémies en 1892. Ann. d'Hyg. 3. S. XXX. 5. p. 449. Nov.

Erblichkeit s. III. *Charrin, Oppenheim, Ribbert.* IV. 5. *Wilson;* 8. *James;* 9. *Duckworth;* 10. *Poupinel;* 11. *Gerber, Titomanlio.* XI. *Simon.*

Fleischl von Marxow, Ernst, Gesammelte Abhandlungen. Herausgeg. von *Otto Fleischl von Marxow.* Mit einem Portr. d. Vf.'s u. einer biograph. Skizze von *Sigm. Exner.* Leipzig. J. A. Barth. Lex.-8. XV u. 548 S. mit Abbild. u. 19 Tafeln. 9 Mk.

Trykman, J. G., Om läkarnes ställning till olycksfallsförsäkringsbolagen med särskild hänsyn till kollektivförsäkringarne. Hygiea LV. 10. S. 334. 411.

Geschäftstagebuch f. prakt. Aerzte. Würzburg. Stahel. Fol. 96 S. 5 Mk.

Goodell, William, The great medical error of the day. Univers. med. Mag. VI. 4. p. 217. Jan. 1894.

Guttmann, Emil, Krankendienst. Ein kurzes Lehrbuch d. Krankenpflege im Hospital u. in d. Familie. Leipzig. Ambr. Abel. 8. VIII u. 272 S. mit 45 Abbild. 4 Mk.

Hart, Ernest, The medical profession, the public and medical etiquette. Brit. med. Journ. Oct. 21.

Hartmann, Arthur, Der ärztl. Dienst an den städt. Krankenhäusern in Berlin. Deutsche med. Wochenschr. XIX. 43.

Hellström, Georg, Sjette allmänna Svenska läkaremötet i Gefle 31. aug.—2. sept. Hygiea LV. 10. S. 377.

Jahresbericht d. Gesellschaft f. Natur- u. Heilkunde in Dresden. Sitzungsperiode 1892—1893. Dresden. G. A. Kaufmann. 8. 193 S. mit 8 Tafeln.

Jahresbericht, 24., d. Landes-Medicinal-Collegiums über d. Medicinalwesen im Königr. Sachsen auf d. J. 1892. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. 290 S. 4 Mk.

Jahresbericht über d. Verwaltung d. Medicinalwesens, d. Krankenanstalten u. d. öffentl. Gesundheitsverhältnisse d. Stadt Frankfurt a. M. 36. Jahrg. 1892. Frankfurt a. M. Sauerländer. Gr. 8. IV u. 238 S. 3 Mk. 60 Pf.

Karvonen, J. J., Vielä vähän lasaretinlääkarien asemasta. [Einiges über d. Stellung d. Lazarethärzte.] Duodecim IX. 10. S. 191.

Keen, William W., Medicine as a career for educated men. Lafayette Press. 8. 19 pp.

Kent, R. T., On medical education. Glasgow med. Journ. XL. 5. p. 321. Nov.

Körpertemperatur s. II. *Neuhauss.* III. *Gotschlich, Janess, Mitchell, Rosenthal, Rovighi.* IV. 2. *Kalindarischwili;* 7. *Godfrey.* V. 2. a. *Grunert.* XIX. *Onimus.*

Lagneau, G., Remarques démographiques sur l'habitat urbain. Ann. d'Hyg. 3. S. XXX. 6. p. 485. Déc.

Littlewood, H., On the difficulties of becoming accurate observers. Lancet II. 26; Dec.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Löwenfeld, L., Paul Lindau's „der Andere" u. d. ärztl. Erfahrung. Münchn. med. Wchnschr. XL. 44.

Mackay, W. A., The Rio Tinto company's hospitals in Spain. Lancet II. 22; Nov.

Magelssen, A., Wetter u. Krankheit. Spec. Theil. 1. Heft. Lufttemperatur u. Scharlachfieber. — Vorl. Untersuchungsmethoden. Allgem. Bemerkungen. — Temperatur- u. Sterblichkeitstabellen. Christiania 1894. Druck v. Morten Johansen. 8. 16 S.

Medicinalbericht von Württemberg f. d. J. 1891, bearb. von *Pfeilsticker*. Stuttgart. Druck von W. Kohlhammer. Lex.-8. VIII u. 167 S. mit 5 Uebersichtskärtchen.

Medicinal-Kalender u. Recept-Taschenbuch, 1894. Herausgeg. von *H. Lohnstein*. Berlin. O. Coblentz. 16. IV u. 168 S., Schreibkal. u. 2 Taf. 2 Mk.

Medicinal-Schematismus, österreich. pro 1893/1894. Wien. M. Perles. 12. III, XXIV u. 350 S. 5 Mk.

Moncke, Welche Aufgaben erfüllt d. Krankenhaus d. kleinen Städte u. wie ist es einzurichten? 4. Aufl. Berlin 1894. Rich. Schoetz. Gr. 8. III u. 178 S. mit 6 Taf. Abbild. u. 10 in d. Text gedr. Holzschn. 5 Mk.

Mittermaier, Irrthüml. Anwendung der med. Statistik u. Berichtigung derselben. Deutsche med. Wochenschr. XIX. 47.

Nilsson, Emil, Dödligheten inom våra 19 större städer under tidrymden 1875—1889. Hygiea LV. 11. S. 464.

Nixon, C. J., Scientific teaching in medicine. Dubl. Journ. XCVI. p. 457. Dec.

Oldenberg, K., Eine neue socialpolit. Aufgabe d. Arztes. Vjhrschr. f. ger. Med. 3. F. VII. 1. p. 174. 1894.

Onimus, Paradoxes thermométriques. Lyon méd. LXXIV. p. 236. Oct.

Payne, Joseph Frank, On the history of epidemiology in England. Lancet II. 22; Nov.

Pepper, William, Higher medical education, the true interest of the public and of the profession. Univers. med. Mag. VI. 2. p. 69. Nov.

Reich, Ed., Immaterielle Ursachen d. Krankheiten. Die Anlässe d. Uebel u. Leiden in d. Welt d. Geistes, d. Gemüthes u. d. Gesittung. 1. Heft. Gross-Lichterfelde. Wallmann. Gr. 8. III u. 32 S. 1 Mk.

Röder, Julius, Med. Statistik d. Stadt Würzburg f. d. J. 1891 mit Einschluss d. J. 1890. [Verh. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. N. F. XXVII. 1.] Würzburg. Stahel. Gr. 8. 36 S. mit 2 lithogr. Tafeln. 3 Mk.

Roth, E., Armenfürsorge u. Armenkrankenpflege mit besond. Berücksicht. d. heutigen Stellung d. Armenarztes u. Vorschlägen zu ihrer Reform. Berlin. Rich. Schoetz. 8. VI u. 90 S. 2 Mk.

Rowe, G. H. M., Isolating wards and hospitals for infectious diseases. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 16. p. 385. Oct.

Rubinstein, Fr., Die Schweizer Aerzte u. die sociale Gesetzgebung. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 47.

Schaper, Ueber d. Grundsätze f. d. Neubauten von Krankenhäusern mit Rücksicht auf einen Neubau der Charité. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 49.

Singer, J., Jahresbericht d. poliklin. Instituts d. k. k. deutschen Universität zu Prag f. d. J. 1892. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 49—52.

Sitzungsprotokolle d. ärztl. Lokalvereins zu Nürnberg, herausgeg. von *Carl Koch* u. *F. Goldschmidt*. Jahrg. 1892. München. J. F. Lehmann's Verl. Gr. 8. IV u. 74 S. mit 1 Abbild. 3 Mk.

Soennecken's Krankenbuch. Bonn. F. Soennecken. 4. 200 Bl. mit Register u. Klemmer. 6 Mk. 50 Pf.

Sonderegger, Eidgenöss. Kranken- u. Unfallversicherung. Schweiz. Corr.-Bl. XXIII. 22.

Taschenkalender, medicin. f. d. J. 1894, herausgeg. von *Jaenike, Partsch* u. *Leppmann*. VII. Jahrg. Breslau 1894. Preuss u. Jünger. 16. Calendarium u. 238 S. mit einem Beiheft: d. Begutachtung d. Unfallverletzungen; von *C. Partsch*. 56 S. 2 Mk.

Taylor, Jas., Apparent relation between the birth-rate and milk supply. Brit. med. Journ. Dec. 30. p. 1452.

Vorschläge zur Aenderung d. deutschen med. Examina. Stuttgart. Ferd. Enke. 8. 15 S. 80 Pf.

Wallis, C., Om försäkring för sjukdom. Hygiea LV. 10. S. 414.

Warren, J. Collins, Medical education in the United States. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 12. p. 285. Sept.

Withington, Charles F., Medical teaching in Germany. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 24. p. 585. Dec.

S. a. II. Colrat, Cooke, Holmes, Macalister, Miescher, Paton, Vierordt. IV. 2. Agnew, Gerner, Heron, Kraïouchkine; 10. Crocker. VII. Heideken. VIII. Wertheimer. IX. Schultze. XI. Randall.

XX. Med. Geographie, Geschichte, Bibliographie, Biographien.

Bergmann, E. v., Worte d. Erinnerung an *A. W. v. Hofmann* u. *Werner Siemens*. Deutsche med. Wochenschr. XIX. 47.

Chipault et Daleine, Notes iconographiques sur l'histoire de la trépanation. Nouv. Iconogr. de la Salp. VI. 5. p. 292. Sept.—Oct.

Erb, Nekrolog *Charcot's*. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 5 u. 6. p. III.

Fleury, Maurice de, Eloge de *Gratiolet*. Arch. clin. de Bord. II. 10. p. 461. Oct.

Freund, Hermann W., Ein deutscher Autor in französ. Gewande [*Siebold's* Geschichte d. Geburtshülfe in französ. Uebersetzung von *F. J. Herrgott*]. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 48. 50.

Gilles de la Tourette, Le prof. *J. M. Charcot*. Nouv. Iconogr. de la Salp. VI. 5. p. 241. Sept.—Oct.

Guinon, G., *Renaudot* médecin. Nouv. Iconogr. de la Salp. VI. 6. p. 359. Nov.—Déc.

Hegar, Alfred, Zum Andenken *R. Kaltenbach's*. Deutsche med. Wchnschr. XX. 1. 1894.

Index-Catalogue of the library of the Surgeon-General's Office, United States Army. XIV. Sutures-Universally. Washington. Government print. Off. 4. 14 and 1016 pp.

Kahane, Max, Die Medicin d. Naturvölker. Wien. med. Wchnschr. XLIII. 48. 49.

Kiesewetter, Carl, *Franz Anton Mesmer's* Leben u. Lehre. Nebst einer Vorgeschichte d. Mesmerismus, Hypnotismus u. Somnambulismus. Leipzig. M. Spohr. Gr. 8. 180 S. 3 Mk.

Knaggs, Samuel, A reminiscence of 40 years. Lancet II. 24; Dec.

Leyden, *Jean Martin Charcot*. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 45.

Leyden, Ernst, Zum 100jähr. Geburtstage *Johann Lucas Schönlein's*. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 48.

Martin, A., *Rudolph Kaltenbach*. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 49.

Mathieu, A., Notice sur *Charles Lailler*. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. IV. 11. p. 1101.

Naunyn, *Jean Martin Charcot*. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 1. p. I. 1893. — Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 1. 1894.

Necrolog über *Jacques Moleschott*. Arch. ital. de Biol. XX. 1. p. 1.

Norrie, Gordon, Fra Midten af 18de Aarhundrede. Militärlägen I. 4.

Pagel, Jul. Leop., Die Areolae d. *Johannes de Sancto Amando* (13. Jahrh.) nach Handschriften d. kön. Bibliotheken zu Berlin u. Erfurt zum 1. Male herausgeg., ein Beitrag zur Literaturgeschichte d. Arzneimittellehre im Mittelalter. Berlin. G. Reimer. Gr. 8. XXIV u. 141 S. 2 Mk. 40 Pf.

Pagel, Zu *Hohenheim's* 400. Geburtstage. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 50.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Pelman, Nekrolog auf Geh. Med.-R. Prof. *H. Cramer*. Münchn. med. Wchnschr. XL. 42.

Pick, F. J., Rückblick auf ein Vierteljahrhundert — 1869—1894. [Dermatol. u. Syph.] Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 1. p. V.

Posner, Zur Geschichte d. ärztl. Vereinswesens in Berlin. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 50. 51. 52.

Pouchet, G., *Laurent Chabry*. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXIX. 6. p. 735. Nov.—Déc.

Puschmann, Aerztl. Vereine in alter u. neuer Zeit. Wien. klin. Wchnschr. VI. 44.

Reyburn, Robert, Type of disease among the Freed people (mixed negro races) of the united states. Med. News LXIII. 23. p. 623. Dec.

Rose, Achilles. Griechisch als allgem. Sprache d. Aerzte u. Gelehrten überhaupt. Zu *Rudolf Virchow's* Rektoratsrede „Lernen u. Forschen". New York. London. Paris. Stechert. (Leipzig. F. Volckmar.) 8. 19 S.

Smith, Frank R., The medicine of *Aristotle*. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. IV. 33. p. 85. Sept.

Starr, M. Allen, Memorial of Prof. *Jean Martin Charcot*. Med. News LXIII. 16. p. 433. Oct.

Troitzky, J. W., *Soranus Ephesius* als erster Pädiater d. ewigen Stadt. Arch. f. Kinderhkde. XVII. 1 u. 2. p. 95.

Vierordt, Herm., Medicinisches aus der Weltgeschichte. Buntes Allerlei. Tübingen. H. Laupp. Gr. 8. VI u. 80 S. 1 Mk. 60 Pf.

Virchow, Rudolf, sein Wirken f. Med., Hygieine u. Anthropologie: Allgem. Pathol. u. pathol. Anatomie; von *E. von Rindfleisch*. — Allgemeine u. beschreibende Anatomie, Entwicklungsgeschichte u. Zoologie; von *W. Waldeyer*. — Oeffentliche Gesundheitspflege u. Seuchenlehre; von *F. Hueppe*. — Prakt. Hygieine im Dienste d. Stadt Berlin; von *P. Langerhans*. — Anthropologie, Ethnol. u. Urgeschichte. — Thätigkeit in med. Gesellschaften; von *B. Fränkel*. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 43a.

Weber, Herm., Nekrolog auf Sir *Andrew Clark*. Münchn. med. Wchnschr. XL. 49.

Winckel, F. v., *Ignax Philipp Semmelweiss*. Münchn. med. Wchnschr. XL. 46.

Winckel, F. v., Eine Studienreise in d. neuen Welt. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 1. 2. 3. 1894.

Woodhead, German Sims, *Jean Martin Charcot*. Journ. of Pathol. and Bacteriol. II. 2. p. 155. Nov.

S. a. II. Neuhauss. III. Guérin. IV. 2. Mackie, Orth, Petersen, Scheube; 5. Fayrer, Steudel; 11. Ashmead, Binz. V. 1. Mac Cormac; 2. d. Aquino, Rodsewitsch. VII. Strassmann. XIII. 2. Analysis. XIX. Payne.

Sach-Register.

Abdeckereien (von *R. Wehmer*) 111.
Abführmittel, Anwend. b. Verletzten u. Operirten 269.
Abgüsse von Körpertheilen mit Glyceringelatine 113.
Abortus, häufiges Vorkommen b. Influenza 149.
Abriss d. Lehre von d. Nervenkrankheiten (von *P. J. Möbius*) 107.
Abscess, unter d. Diaphragma mit Gasinhalt 36. —, d. Lunge nach Influenzapneumonie 152. —, am Halse 269.
Accessorius s. Nervus.
Acetonurie, Bezieh. zu Coma diabeticum 202.
Acholie, experimentelle 123.
Achorion, verschied. Arten 262.
Achsendrehung von Ovariengeschwülsten 265.
Adenocarcinom der Schilddrüse, Knochenmetastasen 59.
Aderhaut s. Chorioidea.
Aegypten, sanitäre Untersuchungen 70.
Aether, Anwend. in d. chir. Praxis zur Narkose 128.
Afterfistel, Naht d. Sphinkter b. solch. 272.
Akinesia algera 26.
Aktinomykose, geheilt durch Jodkalium 241. —, d. Augenlider 273.
Albumin s. Toxalbumine.
Albuminurie, b. parenchymatöser Nephritis u. b. Herzleiden 37. —, constante Formen ders. 124. —, b. Diabetes mellitus 199.
Aleuronatbrot 66.
Alexine, Wesen u. Wirkung 9. — S. a. Serumalexine.
Alkalien, Anwendung b. Diabetes mellitus 209. —, Einfl. auf d. Magenthätigkeit 251. 252.
Alkohol, Anwend. d. Getränke mit solch. b. Diabetikern 207.
Alkoholismus, Bezieh. zu Diabetes mellitus 101. —, Bezieh. zu Malaria 146. —, Pathologie 219.
Alopecie, durch Atrophie verursacht 261.
Alter, höheres (Abnahme d. Sehschärfe) 8. (Veränderungen d. Hoden) 114.
Altruismus d. Zellen 209.
Amblyopie, einseitige, Erblichkeit 186.
Amelie, Verhalten d. Rückenmarks b. solch. 116.
Amerika, sporad. Cretinismus das. 165.
Ammoniak, Ausscheidung im Harn b. Leberaffektionen 123. —, Umwandlung in Harnstoff 229.
Ammoniumbasen, Wirkung auf d. Iris 239.
Ammoniumchlorid, im Magensaft 32.
Amoeba coli b. Kinderdiarrhöe 268.
Amylenhydrat, Einfl. auf d. Ausscheidung d. Stickstoffs u. d. Schwefels 130.
Amyloidkörperchen, Färbung u. chem. Verhalten 233.
Anämie, Wirkung von Salzwasserinfusionen b. akuter 20. —, Bezieh. zu Magenkrankheiten 163.
Anästhesie, Erzeugung lokaler durch Cocain 129.
Analgen, therapeut. Wirkung 129.
Anaplasie d. Zellen 209.
Anastomose, zwischen Gallenblase oder Magen u. Darm, Anlegung 270.
Anatomie s. Grundriss; Handbuch; Tabellen.
Anchylostoma duodenale b. Ziegelarbeitern 258.
Anencephalie, Verhalten d. Rückenmarks b. partieller 116.
Aneurysma, peripherisches, Exstirpation 177. —, d. Poplitaea nach Perforation d. Arterie durch eine Exostose 177.
Anthrax b. Menschen 122.
Antigrippotoxin 149.
Antimon, chron. Vergiftung, Veränderungen d. Nervenzellen 125.
Antipyreticum: Formanilid 18.
Antipyrin mit Citronensäure u. Coffein gemischt, Wirkung 18. —, Anwend. b. Diabetes mellitus 207. 208. —, Wirkung b. gewissen Formen von Atrophie d. Opticus 239.
Antiseptica: Asaprol 235. Formaldehyd 240. Hydroxycyanid 62. Ichthyol 240.
Antitoxine, Wesen u. Wirkung 9.
Anus, Naht d. Sphinkter b. Mastdarmfisteln 272.
Aortitis nach Influenza 152.
Aortenklappen, Insufficienz (b. Tabes dorsalis) 83. (b. Basedow'scher Krankheit) 137.
Aplasie, periosteale mit Osteopsathyrosis 268.
Apocodein, physiolog. Wirkung 130.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Appendicitis, Complikationen 57. —, Formen 58.
Araeosaccharimeter 196.
Argyrie, Vergleich mit Siderosis 240.
Arm, Hemmungsbildung 113.
Arsenik, chron. Vergiftung (multiple Neuritis) 24. (Veränderungen d. Nervenzellen) 125. —, Melanose durch solch. erzeugt 40. —, Anwendung b. Diabetes mellitus 209. —, Lähmung durch solch. erzeugt 248. —, gegen Psoriasis 260.
Arteria, *aorta* (Insufficienz b. Tabes dorsalis) 83. (Entzündung nach Influenza) 152. — S. a. Aortenklappen. —, *coronaria cordis*, Wirkung d. Unterbindung 227. —, *poplitaea*, Aneurysma, Exstirpation 177. —, *thyreoidea*, Unterbindung gegen Basedow'sche Krankheit 139. —, *tibialis*, Aneurysma, Exstirpation 177.
Arterien, d. untern Extremitäten d. Primaten, Phylogenese 225.
Arthritis s. Gelenkentzündung; Polyarthritis.
Arzt, Thätigkeit dess. in d. Schule 69.
Asaprol, Wirkung 235.
Ascaris lumbricoides b. einem kleinen Kinde 268.
Ascites, chylöser b. Carcinom d. Ductus thoracicus 16.
Asparagin, Nahrungswerth 67.
Aspergillus glaucus, Vorkommen von Cellulose in solch. 4.
Asphyxie, b. Säuglingen 54. —, rhythm. Ziehen an d. Zunge als Wiederbelebungsmittel 189.
Asthma, Bezieh. zu Psoriasis 261.
Astigmatismus, Retinabild b. solch. 186.
Ataxie, hereditäre, Fälle 23. 144.
Atresia, hymenalis mit Hämatosalpinx 263. — S. a. Stenose.
Atrophie, d. Opticus (b. Tabes dorsalis) 79. (Wirkung d. Antipyrin b. gewissen Formen) 239. —, herdweise d. subcutanen Fettgewebes 167. —, d. Uterus nach puerperaler Erkrankung 267. — S. a. Muskelatrophie.
Atropin, combinirte Vergiftung mit solch. u. mit Digitalis 21. —, Einfluss auf d. Salzsäureabscheidung im Magen 33. —, Wirkung auf d. Iris 238.
Augapfel, Siderose dess. 61. —, Eisen- u. Stahlsplitter in dems. (Diagnose) 62. (Entfernung mittels d. Magneten) 63. 185. —, Cysten in solch. 63. —, Achsenrichtung 185. —, Contusion, Irido-Chorioideitis nach solch. 185. —, Verletzung mit Schiesspulver 185.
Auge, Ernährungstörungen nach Exstirpation d. Ganglion cervicale superius 7. —, Einwirkung d. Kohlenoxydgasvergiftung auf dass. 21. —, Flüssigkeitswechsel in dems. 61. —, Pigment in solch. 114. —, b. d. Negern 184. —, Anwend. d. Cocains b. Operationen an solch. 186. —, anästhesirende Wirkung einiger organ. Herzgifte auf dass. 239. —, Resorption in d. vordere Kammer 239. — S. a. Refraktion.
Augenheilkunde, therapeut. Mittheilungen 64.
Augenhöhle, Zellgewebsentzündung in ders. 185.
Augenkrankheiten, Bezieh. zu Nasenkrkh. 272.
Augenlid, Cysten an solch. 63. —, abnorme Bewegungen b. beginnender Basedow'scher Krankheit 137. —, Aktinomykose 273. — S. a. Blepharospasmus; Ptosis; Trichiasis.
Augenmuskeln, vergleich. Anatomie 15. —, Störungen b. Tabes dorsalis 63. 80. — S. a. Musculus.
Augenwasser mit Borsäure oder Sublimat 64.
Auswurf s. Sputum.
Autointoxikation, b. Coma diabeticum 204. —, b. Magen- u. Darmkrankheiten 256.

Bacillus, Vorkommen von Cellulose in solch. 4. —, b. Ulcus molle 120. —, pyocyaneus, Farbenproduktion b. Symbiose mit andern Mikroorganismen 230. — S. a. Cholerabacillen; Wasserbacillus.
Backwerk f. Diabetiker 206.
Bacterium, lymphagogon, Hydrops durch solch. erzeugt 231. —, coli commune als Urs. von Tympania uteri 264.
Bad, Nutzen b. Tabes dorsalis 91.
Bakterien, Gifte ders. u. Gegengifte 9. —, gasförm. Stoffwechselprodukte b. Wachsthum ders. 10. —, b. Dysenterie u. Cholera nostras 13. —, im pleurit. Exsudat 15. —, in Eiern 68. —, b. Influenza 154. —, Conservirung d. Culturen mittels Formalin 230. — S. a. Pigmentbakterien.
Bakteriologie, Einführung in d. Studium ders. (von *C. Günther*, 3. Aufl.) 213.
Balken, Mangel im Gehirn 125.
Bandwurmmittel, Perforation eines Magengeschwürs durch solch. herbeigeführt 160.
Barlow'sche Krankheit 176.
Basedow'sche Krankheit, Synonyme 134. —, Behandlung (operative) 134. 139. (Belladonna) 136. (Elektricität) 138. (wasserstoffsaures Hyoscin) 139. (Schafschilddrüse) 139. —, Bezieh. zur Schilddrüse 135. 259. —, Affektion d. Halssympathicus 135. —, gutartige Form 136. —, Insufficienz d. Aortenklappen 137. —, rasch tödtl. Ausgang 137. —, Geistesstörung b. solch. 137. —, anomale Augenlidbewegungen b. beginnender 137. —, b. Chlorose 137. —, anatom. Veränderungen 138.
Bauchhöhle, operative Eingriffe in ders., Reflexhemmung d. Athem- u. Herzbewegungen 174.
Bauchmassage b. habitueller Obstipation 256.
Becken, Eiteransammlung, Laparotomie 47. —, Indikationen zur Symphyseotomie b. verschied. Formen 48. —, Exostosen in solch. 174. —, Fraktur (Verletzung d. Harnblase) 182. (mehrfache) 182. —, Verhalten b. Zwerginnen 267.
Bein s. Extremitäten.
Belladonna gegen Basedow'sche Krankheit 136.
Benzin, akute Vergiftung 241.
Benzonaphthol, Anwend. zur Darmdesinfektion 257.
Beriberi-Krankheit (von *B. Scheube*) 219.
Berichte, über d. 23. Versammlung d. ophthalmol. Gesellschaft in Heidelberg (1893) 61. —, d. med. Gesellschaft in Leipzig 71. 221. —, d. chirurg. Klinik *Bardelebens* 248. — S. a. Transactions.
Bewegungen, posthemiplektische Störungen 140.
Bier, Zulässigkeit b. Diabetes 207.
Bindegewebe, Bedeutung d. Schilddrüse f. d. Bildung dess. 40.
Bindehaut s. Conjunctiva.
Bismuthum s. Wismuth.
Blase s. Harnblase.
Blasenscheidenfistel, Operation 58.
Blausäure, Vergiftung, chem. Gegenmittel 241.
Blei, chron. Vergiftung (multiple Neuritis nach solch.) 24. (Veränderungen d. Nervenzellen) 125.
Blennorrhöe d. Thränensacks 272.
Blepharospasmus an beiden Seiten 273.
Blindheit s. Nachtblindheit.
Blitzschmerzen b. Tabes dorsalis 84.
Blut, Kohlensäuregehalt b. Diabetes 98. —, Mikroorganismen in solch. b. Influenza 155. —, Untersuchung behufs Diagnostik d. Magenkrankheiten 157. —, Bezieh. d. diastat. Ferments in dems. zur Zuckerbildung in d. Leber 229. —, Einfl. d. Zuckers in dems. auf d. respirator. Gase u. d. Körperwärme 230. — S. a. Lipämie.
Bluterbrechen während d. Schwangerschaft 159.
Blutgefässe, Struktur des Epithels 4. —, Verhalten d. Endothels b. Auswanderung d. weissen Blutkörperchen 14. —, d. Gehirns, vasomotor. Einfluss d. Halssympathicus 227.
Blutkörperchen, Einfl. d. Neutralsalze auf solche 3. —, Verhalten d. Gefässendothels b. Auswanderung d. weissen 14. —, im pleurit. Exsudat 15. —, Wirkung d. Analgens auf d. rothen 129.
Blutserum, immunisirende Stoffe in dems. 9. —, vom Hunde, Injektion gegen Lupus 41. —, Anwend. gegen Syphilis 222.
Blutung s. Gebärmutterblutung; Zahnfleisch.
Boden, Hygieine dess. (von *Jos. Fodor*) 279.
Bonuzzi's Methode zur Behandl. d. Tabes 92.
Borsäure, Augenwasser mit solch. 64.
Brand s. Gangrän.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Brille, Anwendung b. Myopie 185.
Bromäthyl, als allgem. Anaestheticum 128.
Broncediabetes 101.
Bronchus, Infektion von solch. aus b. Kindern 233. —, Chondrom in solch. 233.
Brot, hygiein. Studien über dass. 187. —, Surrogate f. solch. b. Diabetes 206. — S. a. Aleuronatbrot; Fleischbrot.
Brücke, Geschwulst ders. 142.
Brustdrüse, Statistik d. Erkrankungen 55.
Bücher, Desinfektion mit Formalin 240.
Bürsten, Desinfektion mit Formalin 240.
Bulbärparalyse, Symptome ders. b. Tabes 88. — S. a. Pseudobulbärparalyse.

Calcium, basisch hippursaures, Anwendung b. Diabetes 209.
Carbolsäure, combinirte Vergiftung mit solch. u. mit Phosphor 21.
Carcinom, d. Ductus thoracicus mit chylösem Ascites 16. —, Differentialdiagnose von Sarkom 213. —, Uebertragbarkeit 232. — S. a. Adenocarcinom; Gebärmutterkrebs; Krebs; Magenkrebs.
Cavernes. Lungencaverne.
Caviar, Bereitung, Beurtheilung, Verfälschungen 188.
Cellulitis in d. Orbita 185.
Cellulose, Vorkommen in Bacillen u. Pilzen 4.
Centralnervensystem, Störungen b. Kohlenoxydvergiftung 132. — S. a. Vorlesungen.
Cestrum Parqui, Wirkung u. wirksames Princip 20.
Cheyne-Stokes'sche Respiration, Nutzen des Coffein 19.
Chinin, gegen Keuchhusten 20. —, Uebergang in die Milch, Wirkung auf d. Säugling 20. —, schwefelsaures, Anwendung b. Diabetes mellitus 208.
Chirurgie, des voies urinaires (par *E. Loumeau*) 220. — S. a. Klinik; Lehrbuch.
Chloralhydrat, Einfluss auf d. Stickstoffausscheidung u. Schwefelausscheidung 130.
Chlornatrium, Einfluss subcutaner Injektion auf d. Gallensekretion 228. — S. a. Kochsalz.
Chloroform, Wirkung u. Folgen d. Narkose 127. —, Essig gegen d. Erbrechen nach d. Narkose 128.
Chlorose, Basedow'sche Krankheit b. solch. 137.
Cholecysto-Enterostomie ohne Naht 270.
Cholelithiasis s. Gallenstein.
Cholera, asiatica, Wesen d. Immunität 10. —, nostras, Bakterien ders. 13.
Cholerabacillen, Variabilität 121. —, Verhalten im Eise 121.
Cholestearin, Einkapselung im Peritonaeum 16.
Chondrom in einem Bronchus 233.
Chorea, chronische, progressive erbliche 144. —, Mikroorganismen als Ursache 145. —, nach Influenza 151.
Chorioidea s. Irido-Chorioideitis.
Chromatophoren, Nerven ders. 115.
Chylus s. Ascites.
Cirrhose, d. Leber, hypertroph. mit chron. Ikterus 123. —, atrophische 257. —, biliäre 257. 258.
Citronensäure, mit Antipyrin u. Coffein gemischt, Wirkung 18.
Clavicula, Drüsenschwellung hinter ders. b. Hodenkrebs 270.
Cocain, Anwendung in d. Augenheilkunde 64. 186. —, Anwendung zur Erzeugung lokaler Anaesthesie 129. —, Anwendung b. Diabetes mellitus 209.
Cocainismus, chronischer 219.
Codein, Anwendung b. Diabetes mellitus 208.
Coeliotomie wegen ektop. Schwangerschaft 71. — S. a. Laparotomie.
Coffein, Anwendung b. Herz- u. Nierenkrankheiten 18. —, mit Antipyrin u. Citronensäure gemischt, Wirkung 18.
Coffeinsulphosäure als Diureticum 19.
Collyrium s. Augenwässer.
Compendium d. Hautkrankheiten (von *Jessner*) 109. —, d. Physiologie d. Menschen (von *R. Oestreich*) 274.
Condurango, Anwendung b. Magenkrankheiten 253.
Condylome, syphilitische, Behandlung 44.
Condylus internus femoris, Hygrom an dems. 177.
Coniin, Giftwirkung 21. —, Wirkung auf d. Iris 238.
Conjunctiva, Leukosarkom 273.
Conjunctivalsack, Desinfektion 62.
Conjunctivitis follicularis (Bezieh. zu Trachom) 64. (in Schulen) 64.
Contagiosität d. Influenza 148.
Cornea, Beziehung zur Refraktion u. Sehschärfe 185. —, symmetr. Trübung b. Mutter u. Sohn 185. —, Nerven ders. 186. —, Schlummerzellen in d. verletzten 226. —, brandförm. Trübung 273. —, Fettentartung 273.
Coronararterien s. Arteria.
Corpora, amyloidea, colloidea, versicolorata, flava 234.
Corpus callosum, Fehlen im Gehirn 125.
Craniectomie b. Idiotie 26.
Cretinismus, sporadischer (Behandlung) 165. (in Amerika) 165.
Curare, Wirkung auf d. Iris 238.
Cyan, Vergiftung, chem. Gegenmittel 241.
Cyanose, Auftreten u. Bedeutung 37.
Cyanquecksilber, Vergiftung 21.
Cysten, am Augenlid u. Augapfel 63. —, d. Iris, spontane Rückbildung 64. —, d. Pankreas 181. — S. a. Dermoidcyste; Oelcyste.
Cysticercus racemosus im Gehirn, Diabetes nach solch. 102.
Cystitis b. Diabetes mellitus 199.
Cystocele cruralis 179.

Damm s. Perinaeum.
Darier'sche Krankheit 262.
Darm, Megastoma entericum in solch. b. Menschen 17. —, Affektion b. Influenza 149. —, Verwachsung nach Laparotomie 178. —, Perforation, Peritonitis nach solch. 231. —, Sekretion u. Resorption in dems. 255. —, Invagination, Behandlung 256. —, Eingiessungen in dens., Wirkung u. Ausführung 256. —, Resektion 271. — S. a. Duodenum; Enteritis; Enterostomie; Gastro-Enterostomie; Rectum.
Darmkatarrh s. Magendarmkatarrh.
Darmkoth s. Faeces.
Darmkrankheiten, Pathogenese, Symptomatologie 157 flg. —, Autoinfektion b. solch. 256. —, Pathol. u. Therapie 274.
Darmnaht b. Laparotomien u. Hernien 179. —, nach Operation am Darm 271.
Darmwand, intraabdominale Einklemmung b. Teratom d. Ovarium, Bildung einer Kothfistel 264.
Degeneration, Bezieh. d. erbl. Zitterns zu solch. 27. —, Geistesstörung b. solch. 216.
Delirium acutum, Aetiologie 250.
Denguefieber, Bezieh. zu Influenza 153.
Dermatosen s. Hautkrankheiten.
Dermoidcyste mit öligem Inhalte 177. —, doppelte d. Ovarium 265.
Desinfektion, d. Conjunctivalsacks 62. —, von Gebrauchsgegenständen mit Formaldehyd 240.
Diabetes mellitus, Literatur 92. —, Verhalten d. Kohlehydrate b. solch. 96. —, Glykogen in d. Leber 96. —, experimenteller 96. 97. —, Pathogenese 98 flg. —, traumatischer 102. —, Uebertragbarkeit 104. —, anatom. Veränderungen 105. —, Verhalten d. Harns 193. —, Formen 196. —, Gaswechsel b. solch. 197. —, Erkrankungen d. Nervensystems 197. —, Zusammenhang mit Hysterie 198. —, Erkrankungen d. Herzens 199. —, Albuminurie b. solch. 199. —, Cystitis b. solch. 199. —, Exstirpation von Neubildungen b. solch. 200. —, Erkrankungen d. Haut 200. —, entzündl. u. gangränöse Zufälle 201. —, Störungen d. Verdauungsorgane 202. —, Koma 202. —, Behandlung (Diät) 204. (medikamentöse) 207. (Massage, Gymnastik) 207.
Diät, b. Diabetes mellitus 204. —, Einfl. auf d. Magen 251.
Diagnose, specielle d. inneren Krankheiten (von *W. v. Leube*, II. Bd.) 275.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Diagnostik u. Therapie d. Magenkrankheiten (von *I. Boas* II.) 214.
Diaklysma, Wirkung u. Ausführung 256.
Diaphragma s. Zwerchfell.
Diarrhöe, Vibrionen in d. Faeces 13. —, b. Kindern, Monocercomonas u. Amoeba coli b. solch. 268.
Digitalin, combinirte Vergiftung mit solch. u. mit Atropin 21. —, Wirkung auf d. Iris 239.
Diphtherie, Larynxstenose nach solch., Intubation 55.
Diplegia facialis 145.
Diplegien, cerebrale d. Kindesalters, zur Kenntniss ders. (von *Sigm. Freud*) 276.
Diplococcus lanceolatus im Blute Pneumoniekr. 231.
Diureticum, Coffeinsulphosäure 19.
Drainage, b. hyperplast. Salpingitis 47. —, b. Laparotomie, sekundäre Naht 266.
Drillingsschwangerschaft, ektopische 72.
Drucklähmung im Gebiete d. Plexus brachialis 249.
Drüsen, Anschwellung b. Tabes dorsalis 86. —, hinter d. Cavicula, Schwellung b. Hodenkrebs 270. — S. a. Schilddrüse; Speicheldrüsen; Schweissdrüsen.
Drusen, hyaline an d. Sehnervenpapille 185.
Ductus thoracicus, Carcinom mit chylösem Ascites 16.
Dünndarm, Sekretion u. Resorption in dems. 255.
Duodenum, Geschwür, Perforation, Peritonitis 159. — S. a. Anchylostoma.
Dysenterie, Bakterien ders. 13. —, Nutzen d. Salols 257.
Dyspepsie, nervöse 160. —, Behandl. mit Alkalien 252.
Dysthyreoideismus 134.
Dystrophie, progressive d. Muskeln 244. 245.

Echinococcus s. Taenia.
Egyptian medicin, ancient (by *James Finlayson*) 280.
Eier, Conservirung 68. — S. a. Hühnerei.
Einführung in d. Studium d. Bakteriologie (von *C. Günther*, 3. Aufl.) 213.
Einklemmung, innere, Heilung durch Operation 178.
Einzelernährung u. Massenernährung (von *Immanuel Munk*) 111.
Eis, Verhalten d. Cholerabacillen in solch. 121.
Eisen, Gehalt d. Fuscins an solch. 115.
Eisensplitter, im Augapfel (Diagnose) 62. (Entfernung mittels d. Magneten) 63. — S. a. Stahlsplitter.
Eiter, Ansammlung im Becken, Laparotomie 47. —, grüner 230. — S. a. Pyurie.
Eiweiss, Wirkung d. Kochsalzes auf d. Verdaulichkeit u. d. Umsatz 3. —, Bedarf d. Menschen an solch. 66. —, Gehalt d. Nahrung 66. —, Reichthum d. Erdnussgrütze an solch. 67.
Elektricität, Wirkung b. Tabes dorsalis 91. —, Behandl. d. Uterusfibrome mit solch. 170. —, Anwendung u. Wirkung im Magen 254.
Elektrodiagnostik, Elektrotherapie s. Lehrbuch.
Elementarorganismen 225.
Elephantiasis, syphilit. d. Lippen 42. —, angeborne 166. —, Pathogenie 167. — S. a. Pseudoelephantiasis.
Embolie s. Paraffinembolie.
Empyem, Behandlung 36.
Encephalitis, akute primäre hämorrhagische 142.
Endometritis, chronische, Beschaffenheit d. Cervikalsekrets 169. —, exfoliative, anatom. Veränderungen 169.
Endothel, Grössen- u. Formveränderung durch Dehnung 4. —, d. Blutgefässe (Struktur) 4. (Verhalten b. Auswanderung weisser Blutkörperchen) 14.
Endotheliome, an Glykogen reiche 232.
Entartung s. Degeneration.
Entbindung, Compression d. Plexus sacralis b. solch. mit folgender Lähmung 24. —, b. Placenta praevia 52. —, Ovariotomie nach ders. 173. —, Verletzung d. Geburtskanals b. ders. 174. —, akute Polymyositis nach solch. 246. —, innere Untersuchung während ders. 266. —, Ausdehnung d. Harnblase d. Fötus als Hinderniss 266. — S. a. Geburt.
Enterektomie 271.
Enteritis membranacea, durch Schleimmassen hervorgerufen 22.
Entero-Enterostomie, ohne Naht 270.
Enterorrhaphie s. Darmnaht.
Enterostomie s. Gastroenterostomie.
Entwicklung, geschichtliche, u. Organisation d. öffentl. Gesundheitspflege (von *C. Finkelnburg*) 110.
Entzündung, Verhalten der Gefässendothelien 14.
Enzyme, Einwirkung d. Neutralsalze auf solche 3.
Epidermis, normale u. patholog. Pigmentirung 4.
Epidermolysis bullosa hereditaria 40.
Epilepsie, spätes Eintreten b. erblich Belasteten 25. —, parasyphilitische 25. —, b. Diabetes mellitus 198.
Epispadie, chir. Behandlung 182.
Epithel, Struktur dess. in d. Pleura, im Peritonaeum u. in d. Gefässen 4.
Erblichkeit, d. Epilepsie 25. —, d. Zitterns 27. —, d. Epidermolysis bullosa 40. —, d. spast. Paraplegie 143. —, d. Chorea 144. —, d. Ataxie 144. —, d. Hornhauttrübung 185. —, d. Amblyopie 186. —, d. Muskelatrophie 242. 243. 245.
Erbrechen nach d. Chloroformnarkose, Nutzen des Essigs 128.
Erden, alkalische, Resorption im Verdauungskanal 119.
Erdnussgrütze, eiweissreiches Nahrungsmittel 67.
Ergotinin, Injektion b. Diabetes mellitus 209.
Erhenken, Tod durch solch. 189.
Ernährung, d. Säuglinge (mit Kuhmilch) 54. (mit Pflanzenmilch) 54. (Verwendung d. Milchzuckers) 55. —, Hebung ders. 66. — S. a. Einzelernährung; Kost; Massenernährung; Nährwerth; Nahrungsmittel.
Ernährungstörungen nervösen Ursprungs 6. 7.
Erythem, b. Influenza 153. —, nach Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten 259. — S. a. Oedem.
Erythrodermia exfoliativa 41.
Essig gegen Erbrechen nach d. Chloroformnarkose 128.
Exalgin, Anwend. b. Diabetes mellitus 208.
Exantheme b. Influenza 153.
Exostose, im Becken 174. —, an d. Linea aspera, Perforation d. Art. poplitaea, Aneurysmabildung 177.
Exspirationsluft, Giftigkeit 68.
Exsudat s. Pleuritis.
Extrauterinschwangerschaft, Ausgänge u. Behandlung 71.
Extremitäten, untere (Lokalisation d. spinalen Hautreflexe ders.) 23. (Fraktur, Behandlung) 61. (Einwicklung gegen Albuminurie) 67. (symmetr. Gangrän b. einem Kinde) 176. (Phylogenese d. Arteriensystems b. d. Primaten) 225. (Sirenenbildung) 225. —, Heilung grosser Weichtheil- u. Hautdefekte mittels gestielter Lappen von entfernten Körpertheilen 59. —, Hemmungsbildung d. obern 113. —, Verhalten d. Rückenmarks b. Fehlen ders. 116. —, Entwicklungshemmung nach Verletzung, Nervenstörungen nach solch. 244.

Facialis s. Nervus.
Faeces, Vibrionen in solch. b. Diarrhöe 13. —, mikroskop. Untersuchung 13. —, Bildung ders. 255.
Fäulniss, Wirkung d. Formalins gegen dies. 240.
Farbstoff, eigenthüml. im Harn b. Diabetes mellitus 196.
Favus, Pilze b. solch. 261. 262.
Femoralhernie s. Hernia.
Femur, Exostose an d. Linea aspera, Perforation d. Art. poplitaea, Aneurysmabildung 177. —, Hygrom am Condylus internus 177.
Ferment, glykolytisches 100. —, diastat. in Blut u. Lymphe, Bezieh. zur Zuckerbildung in d. Leber 229. — S. a. Labferment.
Fett, Verhalten nach Behandlung mit Osmium 115.
Fettentartung d. Hornhaut 273.
Fettgewebe, subcutanes, herdweise Atrophie 167.
Feuerbestattung 112.
Fibrin, Päckchen aus solch. mit Jodkalium zur Untersuchung des Magen 31. —, Bildung im Kammerwasser 61.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Fibrom d. Uterus (elektr. Behandlung) 170. (Totalexstirpation d. Uterus) 170.
Fibroma arborescens, d. Gelenke 60.
Fieber, Stoffwechsel b. solch. 234.
Fiebermittel, Formanilid 18.
Finger s. Oligodaktylie; Syndaktylie.
Firnissen, d. Haut, Wirkung 114.
Fistel s. Afterfistel; Kothfistel.
Fleisch, Veränderungen durch Kochen u. Dünsten 188. — S. a. Ochsenfleisch.
Fleischbrot f. Diabetiker 206.
Fleischdiät b. Diabetes mellitus 206.
Fleischextrakt, stimulirende Wirkung 229.
Fleischvergiftung 68.
Fliegen, Krankheiten durch solche verursacht 192.
Flüssigkeit, Wechsel ders. im Auge 61. — S. a. Körperflüssigkeiten.
Fluorwasserstoff, Verbrennung mit solch. 72.
Fötus, Einfl. d. Knotenbildung an d. Nabelschnur auf d. Cirkulation 266. —, Ausdehnung d. Harnblase als Geburtshinderniss 266.
Folie à deux 250.
Follikularkatarrh d. Bindehaut (Bezieh. zu Trachom) 64. (in Schulen) 64.
Formaldehyd, Formalin, Verwendung zur Conservirung von Bakterienkulturen 230. —, desinficirende u. antisept. Wirkung 240.
Formanilid, Wirkung u. Anwendung 18.
Fraktur, d. Gelenke, Behandlung 60. —, d. untern Extremität, Behandlung 61. —, b. Tabes dorsalis 86. 87. —, spontane nach Influenza 154. —, d. Beckens (mit Verletzung d. Harnblase) 182. (mehrfache) 182. —, d. Talus 183. —, d. Unterschenkels b. einem Rhachitischen 183. —, complic., Wundbehandlung 268.
Frauen, progress. Paralyse b. solch. 24. —, Tabes dorsalis b. solch. 74.
Frauenkrankheiten, Pathologie u. Therapie ders. (von *A. Martin*, 3. Aufl.) 108.
Fremdkörper, als Urs. von Peritonitis 16. —, in d. Luftwegen, Behandlung 270. — S. a. Eisensplitter; Stahlsplitter.
Friedreich'sche Krankheit, Fälle 23. 144.
Fromentine, Backwerk aus solch. f. Diabetiker 206.
Frosch, Einfluss d. Zusammensetzung d. Ernährungsflüssigkeit auf d. Thätigkeit d. Herzens b. solch. 119.
Furunkulose b. Diabetes mellitus 201.
Fuscin, Eisengehalt 115.
Fuss, Gangrän b. Tabes dorsalis 83. 85. — S. a. Sympus.
Fusswurzel, Fraktur b. Tabes dorsalis 86.

Gährung s. Gasgährung.
Galle, Sekretion (Einfluss subcutaner Chlornatriuminjektion auf dies.) 228. (während d. Inanition) 228. —, Gehalt an Stickstoff u. Wasser 228. — S. a. Acholie.
Gallenblase s. Cholecystenterostomie.
Gallenstein, Ileus b. solch. 256.
Gallensteinkolik, physikal. Diagnostik 36.
Ganglion, cervicale superius d. Sympathicus, Ernährungstörungen d. Auges nach Exstirpation dess. 7. —, semilunare, Vergrösserung b. Diabetes mellitus 105.
Gangrän, d. Fusses b. Tabes dorsalis 82. 85. —, symmetr. d. Beine b. einem Kinde 176. —, b. Diabetes mellitus 201. — S. a. Lungengangrän.
Gase, in subphren. Abscessen 36. —, respiratorische (Wechsel b. Diabetes mellitus) 197. (Einfl. d. Zuckers im cirkulirenden Blute auf solche) 230.
Gasgährung im Magen 34.
Gastrektasie, Resorptionsvermögen des Magens bei solch. 35. —, Diagnose 156. —, Tetanie b. solch. 249.
Gatro-Enterostomie 56. 270. 271.
Gastropexie b. Oesophagusstriktur 56.
Gastrostomie b. Oesophagusstriktur 56.
Gaumen, einseit. Lähmung b. Bleivergiftung 24.
Gaumenwulst, Vorkommen b. Gesunden u. Geisteskranken 27.
Gebärmutter, Vorfall, Behandlung 45. 168. —, conservative Operationen an solch. 46. —, Eiteransammlung in d. Umgebung, Laparotomie 47. —, operative Behandlung d. Lageveränderungen 168. —, Ventrofixation 168. —, Retroversion während d. Schwangerschaft, Behandlung 168. —, Myom, adhäsive Implantation in d. Cervikalkanal 169. —, Fibrom, elektr. Behandlung 170. —, Totalexstirpation 170. —, Contraktur als Geburtshinderniss 174. —, Entstehung d. Tympanie 264. —, Atrophie nach puerperaler Erkrankung 267. — S. a. Endometritis; Myomektomie.
Gebärmutteranhänge, Indikationen, Technik u. Erfolge d. Operationen an solch. 45. —, Entfernung b. Einkapselung nach Pelveoperitonitis 46.
Gebärmutterblutung, Wirkung d. Salipyrins 235.
Gebärmutterhals, Indikationen f. tiefe Incisionen 51. —, Beschaffenheit d. Sekrets d. Kanals b. chron. Endometritis 169. —, adhäsive Implantation eines Corpusmyoms in dems. 139. —, angeb. Stenose d. Kanals, Operation 263. 264.
Gebärmutterkrebs, Recidive 171. —, Impfmetastasen 171. 172.
Gebärmuttermund, Erweiterung durch tiefe Cervixincisionen 51.
Geburt, Schädelverletzungen b. ders. 69. —, Abnahme d. Häufigkeit während Influenzaepidemien 149. —, Contraktur d. Uterus als Hinderniss 174. — S. a. Entbindung.
Geburtszange, Verwendung als Hebel 175. —, Anlegung b. nachfolgendem Kopfe 175.
Gedächtniss, Schwäche b. cerebraler Herderkrankung 141.
Gedenktage d. Psychiatrie (von *H. Lähr*, 4. Aufl.) 219.
Gehirn, Verhalten d. Tangentialfasern der Rinde bei Idioten 27. —, Geschwülste, Diabetes mellitus b. solch. 102. —, Veränderungen in solch. b. Diabetes mellitus 105. —, Reichthum d. Rinde an markhaltigen Nervenfasern 116. —, latente Herde in solch. 124. —, Fehlen d. Balkens 125. —, Lokalisation d. Muskelsinns 140. —, Affektion d. Capsula interna 141. —, Gedächtnissschwäche b. Herderkrankungen 141. —, Fehlen entsprechender Herdleiden in solch. b. Hemiplegie 143. —, Affektionen b. Influenza 150. —, Verhalten d. Sehfelds b. Erkrankungen dess. 184. —, vasomotor. Einfluss d. Halssympathicus auf d. Gefässe dess. 227. —, Diagnose d. Krankheiten 275. — S. a. Encephalitis; Hirnnerven; Hirnsinus; Linsenkern; Porencephalie.
Geisteskranke, Vorkommen d. Torus palatinus bei solch. 27.
Geistesstörung, bei Basedow'scher Krankheit 137. —, nach Influenza 150. —, Simulation 190. 219. —, Einfluss d. Witterung 191. —, d. Entarteten 216. —, intermittirende 217. —, inducirte 250. — S. a. Psychiatrie.
Gelatine s. Glyceringelatine.
Gelenke, Lipoma arborescens 60. —, Frakturen, Behandlung 60. — S. a. Hüft-, Knie-, Schultergelenk.
Gelenkentzündung s. Polyarthritis.
Gelenkkrankheiten b. Tabes dorsalis 86. 87.
Gelenkrheumatismus, äusserl. Anwend. d. Salicylsäure 19. —, Anwendung d. Asaprols 236. —, neuromuskuläre Erkrankungen b. solch. 246.
Genitalien s. Geschlechtsorgane.
Geschichte, d. klin. Helminthologie 191. —, d. med. Wissenschaften in Deutschland (von *Aug. Hirsch*) 220.
Geschlechtsorgane, Störungen b. Tabes dorsalis 84. 85. —, b. Weibe, Wirkung d. Influenza auf solche 149. 153.
Geschmack, Verhalten b. kleinen Kindern 267.
Geschwür s. Duodenum; Magengeschwür.
Geschwulst, bösartige, Verhalten d. Zellen in solch. 212. — S. a. Adenocarcinom; Chondrom; Cysten; Dermoidcyste; Endotheliome; Exostose; Fibrom; Gehirn; Harnblase; Hygrom; Lipoma; Neubildungen; Oelcyste; Papillom; Pons; Schädel; Teratom; Thalamus.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Gesellschaft, ophthalmologische, Versammlung zu Heidelberg (1893). 61. —, med. zu Leipzig, Berichte 71. 221. — S. a. Transactions.
Gesichtsfeld, Verhalten b. Hirnaffektionen 184.
Gesundheitspflege, in Aegypten 70. —, Entwickelung ders. 110.
Getränke, Dauer d. Aufenthalts im Magen 35. —, alkoholhaltige, Anwend. b. Diabetes mellitus 207.
Gewerbe, Immunität gegen Influenza b. manchen 155.
Gift, d. Influenza 149. — S. a. Bakteriengifte.
Giftigkeit d. Exspirationsluft 68.
Giftwirkung d. Coniins 21. —, d. Pentals 129.
Gingivitis b. Scorbut, Bakterien als Ursache 14.
Gipsverband b. Frakturen d. unteren Extremitäten 61.
Glaukom, bei Retinitis pigmentosa 65. —, Aetiologie 185.
Gliose des Rückenmarks, Erkrankung des Schultergelenks 23.
Glyceringelatine, Verwendung zu Abgüssen 113.
Glykogen, b. Diabetes mellitus (in d. Leber) 96. 98. (im Harne) 196. —, in Endotheliomen 232.
Gonococcus, Cultur 121.
Granula, als Elementarorganismen 225. —, cadaveröse Veränderungen 225.
Graves'sche Krankheit s. Basedow'sche Krankheit.
Greisenalter, Abnahme d. Sehschärfe 8. —, histolog. Veränderungen d. Hoden 114.
Grippotoxin 149.
Grundriss d. patholog. Anatomie (von *E. Gerdes*) 274. —, d. chirurg.-topograph. Anatomie (von *Otto Hildebrand*) 278.
Guajak, physiolog. Wirkung einiger Produkte dess. 236.
Gummata, syphilitische, d. Zunge 42.
Gymnastik, Anwendung b. Tabes dorsalis 91. 92. — S. a. Heilgymnastik.

Haematemesis während d. Schwangerschaft 159.
Haematosalpinx b. Verengerung d. weibl. Genitalkanals 263.
Hämorrhoiden, operative Behandlung 272.
Hals, Abscesse an solch. 269. —, Phlegmone 269.
Halssympathicus s. Nervus.
Hammelschilddrüse s. Schafschilddrüse.
Hand, erste Lokalisation d. Syphilis an solch. 42.
Handbuch d. Hygieine (herausgeg. von *Theodor Weyl*) 110. —, d. topograph. Anatomie (von *Fr. Merkel* II. 1) 278.
Hanot'sche Krankheit 123.
Haphalgesie b. Tabes dorsalis 84.
Harn, Mikroorganismen in solch. b. Gesunden 120. —, Ausscheidung von Stickstoff u. Ammoniak in solch. b. Leberaffektionen 123. —, Nachweis von Zucker in solch. 192 flg. —, Beschaffenheit b. Diabetes mellitus (Zucker) 193. 196. (Glykogen) 196. (eigenthüml. Farbstoff) 196. (Pilze) 196. —, Ausscheidung von Harnsäure in solch. nach Einführung ders. durch d. Mund 228. — S. a. Albuminurie; Pyurie.
Harnblase, Contractur d. Muskels 5. —, Symphyseotomie b. Operationen an ders. 58. —, partielle Resektion 58. —, Geschwülste, Operation 58. —, Lähmung u. Dehnbarkeit 124. —, Verletzung (b. Herniotomie) 179. (b. Beckenfraktur) 182. —, Hernie 179. —, Entzündung b. Diabetes mellitus 199. —, Ausdehnung b. Fötus als Geburtshinderniss 266. — S. a. Blasenscheidenfistel.
Harnorgane, Störungen b. Tabes dorsalis 84.
Harnröhre s. Epispadie; Hypospadie.
Harnsäure, Ausscheidung (bei Gesunden) 19. (nach Einverleibung ders. durch d. Mund) 228.
Harnstein, Analyse 4.
Harnstoff, Umwandlung von Ammoniak in solch. 229.
Harnwege, Chirurgie ders. (von *Loumeau*) 220.
Haut, Resorption durch d. unverletzte 19. 20. 126. 127. —, Melanose durch Arsen erzeugt 40. —, Heilung grosser Defekte an d. Extremitäten mittels gestielter Lappen von entfernten Körpertheilen 59. —, Mykose ders. 72. —, Verfärbung nach Verbrennung mit Fluorwasserstoff 72. —, Wirkung d. Firnissens ders. 114. —, seröse, Einwirkung d. atmosphär. Luft auf d. normale 122. —, Nekrose b. Diabetes mellitus 201. —, Psorospermose Dariers 262. — S. a. Erythrodermia; Mykosis; Sklerodermie.
Hautemphysem, allgemeines 27.
Hautkrankheiten, durch Nahrungsmittel verursacht 68. —, Pathologie u. Therapie (von *M. Kaposi*, 4. Aufl.) 109. —, Compendium ders. (von *Jessner*) 109. —, bei Influenza 153. —, Beziehung zu Störungen d. Verdauungsorgane 166. —, Eintheilung auf pathol.-anatom. Basis 166. —, b. Diabetes mellitus 200.
Hautreflexe, spinale d. unteren Extremitäten, Lokalisation 23.
Hauttransplantation nach *Thiersch* bei narbiger Syndaktylie 183.
Heilgymnastik, schwedische, Anwendung b. Diabetes mellitus 207.
Helminthologie, Geschichte d. klinischen 191.
Hemeralopie, epidemische 65.
Hemichorea posthemiplectica 140.
Hemiplegie, Lähmung d. Halssympathicus b. solch. 24. —, cerebrale, Störung d. Muskelsinns u. d. stereognost. Sinnes 139. —, Bewegungserscheinungen nach solch. 140. —, puerperale 142. —, ohne entsprechende Herdleiden im Gehirn 148.
Hemmungsbildung d. Arms 113.
Hermaphroditismus, doppelte Ovariencyste bei solch. 265.
Hernia, *cruralis* (der Blase) 179. (Radikaloperation) 188. —, *duodeno-jejunalis* 179. —, *inguinalis*, Tuba Fallopiae als Inhalt 179. —, *obturatoria*, Operation 179. —, *retroperitonaealis* Treitzii, Einklemmung, Operation 178.
Hernie, d. Nabelschnur, Behandlung 175. —, Beziehung von Darmverwachsungen nach Operationen zur Entstehung 179. —, Radikalkur 180.
Herniotomie, Verletzung d. Blase b. solch. 179.
Herpes, tonsurans squamosus 72. —, b. Influenza 153.
Herz, Veränderungen in solch. b. Diabetes mellitus 105. —, Einfluss d. Zusammensetzung d. Ernährungsflüssigkeit auf d. Thätigkeit 119. —, Reflexhemmung d. Bewegungen b. operativen Eingriffen in d. Bauchhöhle 174. —, Wirkung d. Muscarins auf dass. b. Frosche 237.
Herzgifte, organische, anästhesirende Wirkung auf d. Auge 239.
Herzkrankheiten, Anwendung d. Coffeins 18. —, Albuminurie b. solch. 37. —, nach Influenza 152. —, b. Diabetes mellitus 199.
Herzschwäche b. Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten 259.
Hirnnerven, multiple Lähmung b. Geschwulstbildung an d. Schädelbasis 21. —, Verhalten b. Tabes dorsalis 79.
Hirnrinde, Reichthum an markhalt. Nervenfasern 116.
Hirnsinus, Thrombose nach Influenza 150.
Hode s. Testikel.
Höllenstein s. Silber.
Hornhaut s. Cornea.
Hüftgelenk, Erkrankung b. Tabes dorsalis 87.
Hühnerei, Bakterien in solch. 68.
Hundeblut, Injektion d. Serum gegen Lupus 41.
Hunger, Einfluss auf d. Salzsäureabscheidung im Magensafte 33. —, Diabetes durch solch. verursacht 97.
Hungergefühl, Entstehung u. Befriedigung 8. 31.
Hyalinkörperchen 234.
Hydrargyrum, Behandlung d. syphilit. Schankers mit solch. 44. —, Paraffinembolie d. Lungen nach intramuskulärer Injektion 44. —, bichloratum (endovenöse Injektion) 44. (Lösung als Augenwasser) 64. —, sozojodolicum gegen Syphilis 44. —, oxycyanatum als Antisepticum 62. —, Anwendung b. Tabes dorsalis 91. —, metallisches, Lokalisation im Organismus 126. —, Verbreitung im Organismus nach subcutaner Injektion 126. —, Vergiftung, Entzündung d. Tenon'schen Kapsel 186.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Hydrastinin, Wirkung auf d. Iris 238.
Hydronephrose, Schwund d. Nierengewebes 124.
Hydrops durch Bakterien erzeugt 231.
Hydroxycyanid, Anwend. in d. Augenheilkunde 62.
Hygieine, Handbuch ders. (herausgeg. von *Theodor Weyl*) 110. 279. —, d. Bodens (von *Josef von Fodor*) 279. — S. a. Gesundheitspflege.
Hygieinische Werke, Einwirkung auf d. Gesundheit d. Städte (von *Theodor Weyl*) 280.
Hygrom d. Reiter 177.
Hymen, Atresie mit Hämatosalpinx 263.
Hyoscin, wasserstoffsaures, gegen Basedow'sche Krankheit 139.
Hyperpyrexie, Behandlung 252.
Hypertrophie s. Pseudohypertrophie.
Hypnose s. Suggestion.
Hypoglossus s. Nervus.
Hypopepsie, Behandlung 252.
Hypospadie, chirurg. Behandlung 182.
Hysterektomie 170.
Hysterie, Polyurie b. solch. 22. —, Zusammenhang mit Diabetes 198. —, Bezieh. zu Tetanie 240. —, Pharynxreflexe b. solch. 250.
Hysteropexie 168.

Jahresbericht über d. Fortschritte in d. Lehre von d. pathogenen Mikroorganismen (von *P. Baumgarten.* VII. 1891) 213.
Jambulsamen, Anwend. b. Diabetes mellitus 207.
Ichthyol, antisept. Wirkung 240.
Idiotie, b. Kindern, Behandlung 26. —, Verhalten d. Tangentialfasern d. Grosshirnrinde 27. —, myxomatöse 221. 260.
Ignipunktur d. Ovarium 46. 172.
Ikterus, chron. b. hypertroph. Lebercirrhose 123. —, b. Infektionskrankheiten 257.
Ileum, Anlegung einer Anastomose zwischen dems. u. d. Flexura sigmoidea 271.
Ileus, b. Cholelithiasis 256.
Immunität, gegen Cholera 10. —, gegen Influenza 155.
Impfrecidive d. Gebärmutterkrebses 171. 172.
Inanition, Abscheidung von Salzsäure im Magensaft b. solch. 33. —, Gallensekretion während ders. 238.
Incubation d. Influenza 148.
Infektionskrankheiten, Ikterus b. solch. 257.
Influenza, Behandlung (Coffein) 10. (Arsen, Creolin, Sauerstoff, Suggestion) 156. (Asaprol) 236. —, multiple Neuritis u. akute aufsteigende Paralyse nach solch. 23. —, Epidemiologie 146. 147. —, Contagiosität 148. —, Incubationsdauer 148. Sterblichkeit 149. —, Wirkung auf d. weibl. Geschlechtsorgane 149. 153. —, ders. ähnl. Epizootie b. Pferden 149. —, Giftstoff ders. 149. —, Formen (gastro-intestinale) 149. (typhöse) 149. —, Complikationen u. Nachkrankheiten (Nervensystem) 149. 156. (Gehörorgan) 151. (Parotitis) 152. (Lunge) 152. (Herz) 152. (Muskelpseudohypertrophie) 153. (Hautaffektionen) 153. (Gefässkrankheiten) 153. (Osteomalacie) 154. —, Beziehung zu Denguefieber 153. —, Bakterien b. ders. 154. —, Immunität gegen dies. 155.
Infusorien im Sputum b. Lungengangrän 122.
Initialsklerose, Excision 43.
Innere Medicin (von *H. Dippe*) 108.
Innervation d. Pupille 7.
Intubation b. Stenosen d. Kehlkopfs u. d. Luftröhre 55. 56.
Inunktionskur, b. tertiärer Syphilis 44. —, b. Tabes dorsalis 91.
Invagination d. Darms, Behandlung 256.
Jod gegen Psoriasis 260.
Jodkalium, Verwendung zur Untersuchung d. Magens 31. —, Nutzen b. Aktinomykose 241.
Jodmethyl-Phenylpyrazol, Wirkung 130.
Jodoform, Anwendung in d. Augenheilkunde 64.
Iridektomie, optische, Wahl der Stelle 273.
Irido-Chorioideitis, traumatische 185.
Iris, Tuberkulose 62. —, Cyste, spontane Rückbildung 64. —, radiäre Einreissung d. Pigmentblattes 64. —, Reaktion auf verschied. Arzneimittel 238.
Iritis, Refraktion b. solch. 186.
Irresein, intermittirendes 217. —. inducirtes 250. — S. a. Geistesstörung.
Irrenanstalten, Selbstmord u. Unglücksfälle in solch. 190.
Irrenwesen, Reform dess. in Preussen 28.
Ischias b. Diabetes mellitus 197.
Ischiopubotomie 48.

Kaiserschnitt, conservativer, Indikationen 51. —, nach *Porro,* Indikationen 51.
Kalbsschilddrüse, Anwendung b. Myxödem 260.
Kali, übermangansaures, Wirkung bei Cyanvergiftung 241.
Kalk, Resorption u. Ausscheidung b. Kindern 267.
Kalksalze, Resorption gelöster im Verdauungskanal 119.
Kammerwasser, Fibrinbildung in solch. 61.
Kapsel, Tenon'sche, Entzündung b. Quecksilbervergiftung 186.
Kartoffeln, Urticaria nach d. Genusse solch. 166.
Karyokinese, asymmetrische 210. 226.
Katarakta s. Staaroperation.
Keuchhusten, Anwendung d. Chinins 20.
Kind, Behandl. d. Idiotie 26. —, Infektion von d. Bronchen aus 53. —, Massenwachsthum u. Längenwachsthum 113. —, Lähmung (cerebrale) 142. 276. (spinale) 244. 247. 248. —, Myxödem, Behandlung 165. —, Ovariotomie b. solch. 173. —, Purpura 176. —, symmetr. Gangrän der Beine 176. —, Verhalten des Geschmacks b. solch. 267. —, Resorption u. Ausscheidung d. Kalks b. solch. 267. —, Monocercomonas u. Amoeba coli b. Diarrhöe 268. —, Spulwurm b. einem kleinen 268. —, in geburtshülfl. Beziehung (Wendung b. Placenta praevia) 52. (Wendung aus Steisslage) 175. — S. a. Fötus; Neugeborne.
Kinderlähmung, cerebrale, seltene Form 142. —, spinale (Poliomyelitis anterior nach solch.) 244. (Pathogenese) 247. (anatom. Veränderungen) 248.
Klebermehl, Brot aus solch. f. Diabetiker 206.
Kleider, Desinfektion mit Formaldehyd 240.
Klinik d. Verdauungskrankheiten (von *C. A. Ewald,* II. Magen) 215. —, chirurg. *Bardeleben's,* Bericht 268.
Kniegelenk, Erkrankung b. Tabes dorsalis 86.
Knochen, Metastasen in solch. b. Schilddrüsenkrebs 59. —, Wachsthumstörungen unter d. Bilde d. fötalen Rhachitis 268. — S. a. Osteomyelitis.
Knochenentzündung nach Typhus 59.
Knochenkrankheiten b. Tabes dorsalis 86.
Knochenmark, Riesenzellen in solch. 5.
Kochen, Veränderungen d. Fleisches durch solch. 188.
Kochsalz, Einwirkung auf d. Verdaulichkeit u. d. Umsatz d. Eiweisses 3. —, Lösung (Infusion b. akuter Anämie) 20. (Wirkung d. intravenösen Injektion auf d. Resorption von Flüssigkeiten) 20. (Einfl. subcutaner Injektion auf d. Gallensekretion) 228.
Körperflüssigkeiten, Salzgehalt 113.
Körperlänge, Körpermaasse, Zunahme b. Kindern 113.
Körperwärme, Messung zum Nachweis d. Todes 190. —, Quellen ders. 227. —, Einfl. d. Zuckers im Blute auf solch. 230.
Kohlehydrate, Verhalten b. Diabetes mellitus 96.
Kohlenoxyd, Vergiftung (Einwirkung auf d. Auge) 21. (Störungen d. Centralnervensystems) 132.
Kohlensäure, Gehalt d. Blutes an solch. b. Diabetes mellitus 98.
Kolik s. Gallensteinkolik; Pankreaskolik.
Kolporrhaphie, b. Vorfall d. Uterus u. d. Vagina 45.
Koma b. Diabetes mellitus 202.
Kost in Krankenhäusern 67.
Kothfistel, Bildung b. intraabdominaler Darmwandeinklemmung 264.
Kraftsinn, Messung d. Empfindlichkeit 118.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Krampf, durch Santonin erzeugt 133. —, klonischer im Gebiete d. N. peronaeus superficialis 146. — S. a. Paraplegie.
Krankenhäuser, Kost in solch. 67.
Krebs, primärer diffuser d. Pleura 15. —, d. Schilddrüse, Metastasen in Knochen 59. —, d. Vagina als Impfmetastase d. Uteruskrebses 172. —, d. Hodens, Drüsenschwellung hinter d. Schlüsselbein bei solch. 270. — S. a. Carcinom; Gebärmutterkrebs; Magenkrebs.
Krebse, Genuss verdorbener als Ursache von Polymyositis acuta 145.
Krebszellen, histolog. Eigenthümlichkeiten 213. 226.
Kreosot, Nutzen gegen Urticaria b. Verdauungstörungen 166. —, Anwendung b. Diabetes mellitus 209.
Kreuzbein, quere Durchtrennung bei Resektion des Rectum 271.
Krisen, lymphatische b. Tabes dorsalis 86.
Kropf, Bezieh. zu Basedow'scher Krankheit 135. 136. —, Myxödem nach Totalexstirpation 259.
Kuhmilch, Ernährung d. Säuglinge mit solch. 54.
Kurzsichtigkeit s. Myopie.

Labferment, Labzymogen im Magensaft 33.
Lähmung, von Hirnnerven bei Geschwulst an der Schädelbasis 21. —, akut aufsteigende nach Influenza 28. —, einseit. d. Gaumens b. Bleivergiftung 24. —, d. Halssympathicus b. Hemiplegie 24. —, traumat. durch Compression d. Plexus sacralis b. d. Entbindung 24. —, d. Facialis (Symptome) 63. (beiderseitige) 145. —, d. Zwerchfells b. Tabes dorsalis 84. —, d. Harnblase 124. —, d. Kinder (cerebrale) 142. (spinale) 244. 247. 248. —, periodische 146. —, neuritische b. Diabetes mellitus 197. —, durch Arsenik 248. —, isolirte peripher. d. N. suprascapularis 249. — S. a. Diplegia; Drucklähmung; Paralysis; Paraplegie; Pseudoparalysis.
Längenwachsthum d. Kinder 113.
Laparotomie, wegen ektop. Schwangerschaft 71. —, b. Nabelschnurbruch 175. —, Darmverwachsung nach solch. 178. —, Darmnaht b. solch. 179. —, Bauchnaht nach solch. 266.
Larynx, Intubation bei Stenose u. Oedem 55. 56. —, Störungen b. Tabes dorsalis 81. — S. a. Paralysis.
Laxantien, Anwend. b. Operirten u. Verwundeten 269.
Lebensfähigkeit von Zwillingskindern 175.
Lebensmittel, Untersuchung in Moskau 186. — S. a. Nahrungsmittel.
Leber, Histologie 5. —, Endigung d. Nerven in ders. 5. —, Glykogen in ders. b. Diabetes 86. 98. —, Beziehung d. Erkrankungen zu Diabetes 101. —, Beziehung zur Ausscheidung des Stickstoffs u. Ammoniaks im Harn 123. —, Bezieh. d. diastat. Ferments in Blut u. Lymphe zur Zuckerbildung in ders. 229. —, bewegliche 257.
Lebercirrhose, hypertrophische mit chron. Ikterus 123. —, atrophische 257. —, biliäre 257. 258.
Lederwaaren, Desinfektion mit Formalin 240.
Legumine, Backwerk aus solch. f. Diabetiker 216.
Lehrbuch d. Elektrodiagnostik u. Elektrotherapie (von *L. Hirt*) 107. —, d. speciellen Chirurgie (von *Franz Koenig*, II. Bd.) 278.
Leiche, gerichtsärztl. Bedeutung d. Verletzungen d. Rachens b. Neugebornen 190.
Leichenerscheinungen an d. Granula 225.
Leichenwesen (von *A. Wernich*) 112.
Leukocyten s. Blutkörperchen.
Leukosarkom d. Conjunctiva 273.
Ligatur d. Schilddrüsenarterien gegen Basedow'sche Krankheit 139.
Linea aspera s. Femur.
Linse, Erfolge d. Entfernung ders. b. Myopie 63. —, Trübung am hintern Pol 186.
Linsenkern, Affektion dess. 141.
Lipämie b. Diabetes mellitus 204.
Lipoma arborescens d. Gelenke 60.
Lippen, Elephantiasis syphilitica an dens. 42. — S. a. Paralysis.
Lithopädion (in d. Bauchhöhle) 72. (Schwangerschaft neben solch.) 175.
Luft, Einwirkung d. atmosphär. auf d. normale Serosa 122. — S. a. Exspirationsluft.
Luftwege, primäre Geschwülste in d. untern 233. —, Behandlung d. Fremdkörper in dens. 270.
Lunge, Syphilis 43. —, Paraffinembolie nach intramuskulären Quecksilberinjektionen 44. —, Veränderungen b. Diabetes mellitus 105. —, Abscess nach Influenzapneumonie 152. —, compensator. Hypertrophie 226.
Lungencaverne, allgem. Hautemphysem nach dem Durchbruche 27.
Lungenentzündung, b. Influenza 152. —, Diplococcus lanceolatus im Blute 231.
Lungengangrän, Infusorien im Sputum 122.
Lungenkrankheiten b. Influenza 152.
Lupus, Hundeblutseruminjektionen gegen solch. 41. —, Wirkung subcutaner Injektion verschied. Substanzen b. solch. 135.
Luxation, d. Talus mit Torsion um d. Längsachse 183. —, d. Körpers d. Sternum auf d. Manubrium 184.
Lymphagoga, Einfluss auf d. diastat. Wirkung der Lymphe 229.
Lymphe, Beziehung d. diastat. Fermentes in ders. zur Zuckerbildung in d. Leber 229.

Magen, vitale Eigenschaften der Zellen 31. —, Verdauung in solch., Untersuchung 31. 32. 33. —, Gasgährung in dems. 34. —, Resorptionsvermögen 34. 35. —, motor. Funktion 34. —, Erweiterung (Resorptionsvermögen d. Magens) 35. (Diagnose) 156. (Tetanie b. solch.) 249. —, Dauer d. Aufenthalts von Speisen u. Getränken in dems. 35. —, Peptonbildung in solch. b. Säuglingen 54. —, Verhalten b. Diabetes mellitus 105. 202. —, Affektion b. Influenza 149. —, Bestimmung d. Grösse 156. —, Durchleuchtung 157. —, Selbstverdauung 158. —, operative Beseitigung abnormer Fixationen 177. —, d. Krankheiten dess. (von *C. A. Ewald*) 215. —, Diätetik dess. 251. —, Einfl. d. Alkalien auf d. Thätigkeit dess. 251. 252. —, Elektrisation 254. — S. a. Gastro-Enterostomie; Gastropexie; Gastrostomie; Pylorus.
Magendarmkanal, Affektion b. Influenza 149.
Magendarmkatarrh, chron. d. Säuglinge, sekundäre Infektion b. solch. 18.
Magengeschwür, Verhalten d. Blutes 157. —, Aetiologie 258. —, Perforation, durch ein Bandwurmmittel verursacht 160. —, Behandlung (medikamentöse) 253. (operative d. Perforation) 254.
Magenkrankheiten, Diagnose 31. 156. 157. —, Pathogenese, Symptomatologie 157 flg. —, nervöse 160. —, Bezieh. zu Anämie, Tuberkulose 163. —, Diagnostik u. Therapie (von *I. Boas*. II.) 214. —, Behandlung 251. —, Autointoxikation b. solch. 256.
Magenkrebs, Verhalten d. Magensaftes 34. —, Behandlung (operative) 56. (medikamentöse) 254. —, Verhalten d. Blutes 157. —, Symptome 160.
Magensaft, Salzsäuregehalt (Bestimmung) 31. (bei Inanition) 33. (Einfluss von Arzneimitteln) 33. (bei Krebs) 34. (Beeinflussung durch Alkalien) 252. —, Ammoniumchlorid in solch. 32. —, Pepsin in solch. 33. —, Labferment u. Labzymogen 33. —, Milchsäuregehalt 34. —, Schwefelwasserstoff in solch. 34. —, Hypersekretion 161. 162. 253.
Magenschmerz, Behandlung 253.
Magnet, Entfernung von Eisen- u. Stahlsplittern aus d. Auge mittels dess. 63. 185.
Malaria, Beziehung zu Diabetes 104. —, Beziehung zu Alkoholismus 146.
Mamma, zur Statistik d. Erkrankungen 55.
Manie, Pathologie u. Therapie 218.
Martin's Operation am Damme 47.
Massage, b. Gelenkfrakturen 60. —, Nutzen b. Diabetes mellitus 207. —, d. Unterleibs bei habitueller Verstopfung 256. —, Technik ders. 279.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Massenernährung 111.
Massenwachsthum d. Kinder 113.
Mastdarm s. Rectum.
Medicin, innere (von *H. Dippe*) 108.
Megastoma entericum, Vorkommen b. Menschen 17.
Mehl, hyg. Studien über solch. 187. — S. a. Klebermehl.
Melanose d. Haut durch Arsenik 40.
Merycismus b. Menschen 160.
Metastasen, in d. Knochen b. Schilddrüsenkrebs 59. —, d. Uteruskrebses durch Impfung 170. 172.
Migränin, Zusammensetzung u. Wirkung 18.
Mikroorganismen, im Harne Gesunder 120. —, bei Cholera 145. —, Cultur in auf kaltem Wege sterilisirten eiweisshaltigen Nährböden 230. —, bei Delirium acutum 250. — S. a. Jahresbericht.
Milch, Uebergang von Chinin in dies. 20. — S. a. Kuhmilch; Muttermilch; Pflanzenmilch.
Milchsäure, im Magensaft 34. —, Anwendung b. Diabetes mellitus 209.
Milchzucker, Verwendung b. d. Ernährung d. Säuglinge 55.
Miliaria rubra, histolog. Veränderungen b. solch. 40.
Milz, Vertheilung d. Nervenfasern im Parenchym 116. —, Verschwinden d. Pigments nach d. Unterbindung d. Venen 717. —, Giftstoff in ders. b. Scharlach 123.
Milzbrandsporen, Einwirkung d. Neutralsalze auf solche 3.
Milzvenen, Verschwinden d. Milzpigments nach Unterbindung ders. 117.
Mineralquellen, Anwendung b. Diabetes mellitus 209.
Missbildung s. Hemmungsbildung; Sirenenbildung.
Molluscum pendulum d. Vulva 263.
Monocercomonas b. Kinderdiarrhöe 268.
Morbilli, dens. ähnl. Ausschläge b. Influenza 153.
Morbus s. Barlow'sche, Basedow'sche, Friedreich'sche Graves'sche Krankheit.
Mord, angebl. in Somnambulismus verübt 26.
Morphium, Einfluss auf d. Salzsäureausscheidung im Magen 33. —, Anwendung b. Diabetes mellitus 208.
Moskau, Station zur Untersuchung von Lebensmitteln u. Gebrauchsgegenständen 186.
Mulatten, Sehvermögen b. solch. 184.
Muscarin, Wirkung auf d. Froschherz 237.
Muscularis d. Harnblase, Struktur 5.
Musculus, *peronaeus*, klon. Krämpfe dess. 146. —, *quadriceps femoris*, Zerreissung d. Sehne, Sehnennaht 183. —, *rectus oculi*, Tenotomie wegen Insufficienz 186. —, *sphincter* (internus vesicae, Bau) 5. (ani, Naht bei Mastdarmfisteln) 272.
Muskelatrophie, b. Tabes dorsalis 83. —, progressive (spinale) 242. 243. (familiäre) 242. 243. 245. (juvenile) 245. (Pathogenese) 246. —, chron. spinale b. Kindern 242. —, numerische 244.
Muskelfasern, quergestreifte, stroboskop. Untersuchungen 5.
Muskeln, akute multiple Entzündung 145. —, Pseudohypertrophie 153. 245. —, Dystrophien 244. 245. —, Hypertrophie 245. —, Erkrankung bei Polyarthritis rheumatica 246. — S. a. Augenmuskeln; Muscularis; Myositis; Polymyositis.
Muskelrheumatismus, Anwendung d. Asaprols 236.
Muskelsinn, Störung bei cerebraler Hemiplegie 139. —, Lokalisation im Grosshirn 140.
Muskelzuckungen, Wärmebildung b. summirten 118.
Muttermilch, Ersatz durch Pflanzenmilch 54.
Mycosis, fungoides, histolog. Veränderungen 41. —, d. Haut 72. —, b. Tabes dorsalis 80.
Myom, d. Uterus (adhäsive Implantation im Cervikalkanal) 169. (Operation) 170.
Myomotomie, retroperitonäale Stielversorgung 170.
Myopie, Erfolge d. Entfernung d. Linse 63. —, Correktion 185.
Myositis, akute 145. — S. a. Polymyositis.
Myxödem, Behandlung 38. 163. 164. 221. 258. 259. 260. —, nach Totalexstirpation des Kropfs 259. —, Bezieh. zur Schilddrüse 259. — S. a. Idiotie.
Nabelschnur, Einfl. d. Knotenbildung auf d. Cirkulation d. Foetus 266.
Nabelschnurbruch, Behandlung 175.
Nachbilder, Arten 61.
Nachtblindheit, epidemische 65.
Nährböden, auf kaltem Wege sterilisirte eiweisshaltige f. Bakteriencultur 230.
Nährwerth d. Asparagins 67.
Nahrung, stickstoffarme 228.
Nahrungsmittel, Eiweissgehalt 66. —, Erdnussgrütze 67. — S. a. Lebensmittel.
Naht, nach Laparotomie 266. —, d. Sphincter ani 272. — S. a. Darmnaht; Gastropexie; Sehnennaht; Silbernaht.
Naphthol s. Benzonaphthol.
Narbenalopecie 261.
Narkose s. Aether; Chloroform.
Nasenkrankheiten, Beziehung zu Augenkrankheiten 272.
Natrium salicylicum, Anwend. b. Rippenfellentzündung 19. —, bicarbonicum (Einfluss auf d. Magenthätigkeit) 251. (Anwendung b. Dyspepsien) 252. (gegen Soor im Oesophagus) 252. —, chloratum gegen Magenkrebs 254.
Neger, Sehvermögen b. solch. 184.
Nekrose d. Haut b. Diabetes mellitus 201.
Nephritis, parenchymatöse (Albuminurie b. solch.) 37. (akute, Behandlung) 37. —, b. Scharlachfieber 124. —, akute b. Neugebornen 267.
Nerven, Endigung in d. Leber 5. —, trophische, Vorkommen u. Wirkung 6. —, d. Chromatophoren 115. —, Fortleitung d. Erregung in dens. 117. —, d. Cornea 186. —, Störung b. Entwicklungshemmung d. Gliedmaassen nach Verletzung 244. —, Erkrankung b. Polyarthritis rheumatica 246. —, peripherische, erhöhte Erregbarkeit 249. — S. a. Hirnnerven; Innervation.
Nervendehnung, unblutige, Anwendung b. Tabes dorsalis 92.
Nervenfasern, Ringbildung an solch. nach Imprägnirung mit Silber 115. —, Reichthum d. Grosshirnrinde an markhaltigen 116. —, Vertheilung im Parenchym d. Milz 116.
Nervenkrankheiten, Einfluss d. Witterung 191. — S. a. Abriss.
Nervensystem, Affektion bei Diabetes mellitus 102. 105. 197. —, Wirkung d. Silbernitrats auf d. Elemente dess. 115. —, Erkrankung b. Influenza 149. —, hereditäre familiäre Erkrankungen 243. —, Diagnose d. Krankheiten 275. — S. a. Sehnenreflexe.
Nervenwurzeln, Veränderungen b. chron. Vergiftung durch Blei, Arsen, Antimon 125.
Nervus, *accessorius* Willisii, Stichverletzung 24. —, *facialis*, Lähmung (Symptome) 63. (beiderseitige) 145. —, *hypoglossus*, Stichverletzung 24. —, *oculomotorius*, Bezieh. zur Verengung d. Pupille 7. —, *opticus*, Papilla (ringförm. Gebilde an ders.) 68. (Drusen an ders.) 185. Veränderungen b. Tabes dorsalis 79. 80. Atrophie, Wirkung d. Atropins b. gewissen Formen 239. —, *peronaeus* superficialis, klon. Krämpfe im Gebiete dess. 146. —, *suprascapularis*, isolirte peripher. Lähmung 249. —, *sympathicus*, cervicalis (Exstirpation d. Ganglion superius, Ernährungstörungen d. Auges) 7. (Lähmung b. Hemiplegie) 24. (Affektion b. Basedow'scher Krankheit) 135. (vasomotor. Einfluss auf d. Hirngefässe) 227. Veränderungen b. Basedow'scher Krankheit 138. —, *vagus*, Schussverletzung unter d. Schädelbasis 24. — S. a. Plexus.
Nesselfriesel s. Urticaria.
Nesseln, physiolog. Wirkung 237.
Netzhaut s. Retina.
Neubildungen, Exstirpation b. Diabetes mellitus 200.
Neugeborne, syphilit. Pseudoparalyse b. solch. 43. —, gerichtsärztl. Bedeutung d. Rachenverletzungen an d. Leiche 190. —, akute Nephritis 267. —, Verhalten d. Geschmacks 267.
Neuralgie, d. Ischiadicus b. Diabetes mellitus 197. —, Nutzen d. Asaprols 236.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Neurasthenie, cirkuläre Form 146.
Neuritis, multiple (nach Influenza) 23. (b. chron. Blei- u. Arsenikvergiftung) 24. —, Differentialdiagnose von Tabes dorsalis 88. —, mit Lähmung b. Diabetes mellitus 197. —, mit Muskelatrophie 243.
Neuroglia d. Retina 8.
Neurosen d. Magens 160. 161.
Neutralsalze, Einfluss auf Serumalexine, Enzyme, Toxalbumine, Blutkörperchen u. Milzbrandsporen 3.
Nicotin, Wirkung auf d. Iris 239.
Niere, Veränderungen b. Diabetes mellitus 105. —, Schwund d. Gewebes in Hydronephrosesäcken 124. — S. a. Nephritis.
Nierenkrankheiten, Anwendung d. Coffeins 18.
Nitroglycerin, Anwendung b. Tabes dorsalis 91.
Nystagmus b. Tabes dorsalis 81.

Oberhaut, Pigmentirung (normale u. pathologische) 4. (b. Säugethieren) 4.
Obstipation, habituelle, Nutzen d. Massage 256.
Ochsenfleich, elementare Zusammensetzung 3.
Oculomotorius s. Nervus.
Oedem, d. Larynx nach d. Intubation 56. —, neuropathisches 167. —, erythematöses b. Diabetes mellitus 201.
Oelcyste auf d. Schläfenbeinschuppe 177.
Oesophagoskopie 29.
Oesophagotomie wegen Striktur 56.
Oesophagus, Untersuchung 29. —, spindelförm. Erweiterung ohne Stenose 30. —, Stenose (Behandlung) 30. (Oesophagotomie) 56. (Gastropexie u. Gastrostomie) 56. —, Soor in dems., Behandlung 252.
Ohrenkrankheiten b. Influenza 151. 155.
Oligodaktylie 183.
Onomatomanie 216.
Operationen, Anwendung von Abführmitteln nach solch. 269.
Ophthalmoplegie b. Tabes dorsalis 80.
Ophthalmologische Gesellschaft, 23. Versamml. zu Heidelberg 61. —, amerikanische 184.
Opium, Anwendung b. Diabetes mellitus 208.
Opticus s. Nervus.
Orbita s. Augenhöhle.
Orexin, Anwendung b. Magenkrankheiten 252.
Osmium, Verhalten des mit solch. behandelten Fettes 115.
Osteomalacie nach Influenza 154.
Osteomyelitis b. Variola 14.
Osteopsathyrosis b. periostealer Aplasie 268.
Otitis b. Influenza 151. 155.
Ovariotomie, nach d. Entbindung 173. —, b. Puerperalseptikämie 173. —, b. Kindern 173.
Ovarium, conservative Operationen an solch. 46. 172. —, partielle Resektion 172. —, Teratom 264. —, Achsendrehung von Geschwülsten 265. —, bösartige Geschwülste mit Bildung von Primordialeiern 265. —, doppelte Dermoidcyste 265.
Ozaena, Wirkung d. Verschluckens d. Zersetzungsprodukte b. solch. 168.

Pankreas, Bezieh. d. Krankheiten dess. zu Diabetes mellitus 99. 100. —, Cysten 181. —, Bedeutung f. d. Verdauung 255. —, Atrophie durch Steinbildung, Diagnose 258.
Pankreaskolik 258.
Pantherschwamm, Vergiftung 133.
Papain, Anwendung b. Magenkrankheiten 253.
Papilla nervi optici, ringförm. Gebilde an ders. 63. —, hyaline Drusen an ders. 185.
Papillom an d. Bifurcation d. Trachea 233.
Paraffin, Verbreitung im Organismus nach subcutaner Injektion 126.
Paraffinembolie d. Lungen nach intramuskulären Quecksilberinjektionen 44.
Paralyse, allgemeine progressive (b. Frauen) 24. (Bezieh. zu Syphilis) 28. (Bezieh. zu Tabes) 78. 79. (Poliomyelitis b. solch.) 234.
Paralysis glosso-labio-laryngea, pseudobulbäre 22.
Paraplegie, spastische, erbliche 143.
Parasiten d. Favus 261. 262.
Parotitis b. Influenza 152.
Pathologie u. Therapie, d. Frauenkrankheiten (von *A. Martin*, 3. Aufl.) 108. —, d. Hautkrankheiten (von *M. Kaposi*, 4. Aufl.) 109. —, u. Therapie d. Krankheiten d. Verdauungsapparats. 2. Theil: Krankheiten d. Darmes (von *Theodor Rosenheim*) 274.
Pellagra, Poliomyelitis b. solch. 234.
Pelviperitonitis, Abtragung der eingekapselten Uterusanhänge nach solch. 46.
Penis s. Phimose.
Pental, Giftwirkung 129.
Pepsin im Magensaft 33.
Pepton, Bildung im Magen b. Säuglingen 54.
Perinaeum, *Martin's* Operation an solch. 47.
Peritonaeum, Struktur d. Epithels 4.
Peritonitis, durch Fremdkörper verursacht 16. —, puerperale Sepsis b. solch. 53. —, eitrige, Aetiologie 122. —, nach Darmperforation (b. Duodenumgeschwür) 159. (Aetiologie u. Pathogenese) 231. — S. a. Pelviperitonitis.
Perityphlitis, operative Behandlung 256. 270.
Pessarium, Behandl. mit solch. 168. —, Gefahren 263.
Pferd, Influenza b. solch. 149.
Pflanzenmilch, Ersatz f. Muttermilch 54.
Pharynx, Verletzung b. d. Leichen Neugeborner, gerichtsärztl. Bedeutung 190. —, Reflexe an solch. b. Normalen u. Hysterischen 250.
Phenacetin, Anwendung b. Diabetes mellitus 208.
Phenylpyrazol-Jodmethylat, Wirkung 130.
Phlebitis, nach Influenza 153. — S. a. Thrombophlebitis.
Phlegmasia alba nach Influenza 153.
Phlegmone, b. Diabetes mellitus 201. —, am Hals 269.
Phimose, Operation 181.
Phloridzin, Diabetes durch solch. verursacht 97.
Phosphor, Vergiftung 21. 189.
Phylogenese d. Arteriensystems d. untern Extremitäten b. d. Primaten 226.
Physiologie s. Compendium.
Pigment, in d. Oberhaut (b. Säugethieren) 4. (normales u. patholog.) 4. —, im Auge (Beziehung zwischen siderot. u. hämatogenem) 61. (in d. Netzhaut, Bildung) 62. (Entwicklung u. Herkunft) 114. —, in d. Milz, Verschwinden nach Unterbindung d. Milzvenen 117.
Pigmentbakterien, Vorkommen im Wasser 121.
Pillen, aus getrockneter Schilddrüse, Anwendung 260.
Pilocarpin, Einfl. auf d. Abscheidung von Salzsäure im Magen 33.
Pilze, Vorkommen von Cellulose in solch. 4. —, im Harne b. Diabetes mellitus 196. —, b. Favus 261. 262.
Pilzvergiftung 133.
Placenta, praevia, Entbindung b. solch. 52. —, Vorfall 52.
Pleura, Struktur d. Epithels 4. —, primitiver diffuser Krebs 15.
Pleuritis, Exsudat (Blutkörperchen in solch.) 15. (Bakterien in solch.) 15. —, costalis, Anwendung d. Natrium salicylicum 19. — S. a. Empyem.
Plexus, sacralis, Lähmung durch Compression b. d. Entbindung 24. —, lienalis, Verschwinden d. Milzpigments nach der Unterbindung 117.
Pneumokokken im Blute 231.
Pökelfleisch, Veränderungen b. Kochen u. Dünsten 188.
Poliomyelitis, b. Pellagra, allgem. Paralyse u. combinirten Sklerosen 234. —, anterior nach spinaler Kinderlähmung 244. —, Pathogenese 247.
Polyarthritis, suppurativa, experimentell durch Bacillen erzeugt 231. —, rheumatica, neuromuskuläre Erkrankungen b. solch. 246.
Polydipsie, Entstehung 21.
Polymyositis, akute (neurotische) 145. (primäre) 246. (nach d. Entbindung) 246.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Polyneuritis, nach Influenza 23. —, b. chron. Blei- u. Arsenikvergiftung 24.
Polyurie, Entstehung 21. —, b. Hysterie 22.
Pons, Geschwulst dess. 142.
Porencephalie, anatom. Veränderungen 125.
Porro'sche Operation, Indikationen 51.
Präparate, patholog.-anatom., Technik d. histolog. Untersuchung (von *C. von Kahlden*, 3. Aufl.) 274.
Präputium s. Phimose.
Preussen, Reform d. Irrenwesens 28.
Primaten, Phylogenese d. Arteriensystems an d. untern Extremitäten 225.
Primordialeier in bösart. Ovariengeschwülsten 265.
Processus vermiformis s. Appendicitis.
Prostatectomia alta 182.
Prostituirte s. Weib.
Proteus *Hauser* im Harne b. Gesunden 120.
Pseudarthrose nach Unterschenkelfraktur, Resektion 183.
Pseudobulbärparalyse 22.
Pseudoelephantiasis neuropathica 167.
Pseudohypertrophie d. Muskeln nach Influenza 153.
Pseudoinfluenzabacillen 154.
Pseudoparalysis syphilitica 43.
Psoriasis, vulgaris b. Influenza 153. —, Aetiologie, Behandlung 260. —, Bezieh. zu Asthma 261.
Psorospermosis follicularis vegetans 262.
Psychiatrie, u. Seelsorge 28. —, (von *E. Kraepelin*, 4. Aufl.) 106.
Psychiatrische Gedenktage (von *H. Laehr*, 4. Aufl.) 219.
Psychiatrische Vorlesungen (von *V. Magnan*, deutsch von *P. J. Möbius*, IV.—VI.) 216.
Ptosis, operative Behandlung 62.
Puerperalfieber, durch Streptokokken verursacht 53.
Puerperalhemiplegie 142.
Puerperalseptikämie, Pathologie, Bakteriologie, Therapie 52. 53. —, Ovariotomie b. solch. 173.
Pulver s. Schiesspulver.
Pupille, Innervation 7. —, die Contraktion bewirkende Nerven 7. —, Verhalten b. Tabes dorsalis 80. —, Wahl d. Stelle f. d. künstl. Bildung solch. 273.
Pupillenstarre, reflektorische b. Tabes dorsalis 89.
Purpura b. Kindern 176.
Pyämie, puerperale 53. 173.
Pylorus, Resektion wegen Krebs 56.
Pyurie, Diagnose, Symptome, Behandlung 58.

Quadriceps s. Musculus.
Quecksilber s. Cyanquecksilber; Hydrargyrum.

Rachen s. Pharynx.
Rectum, Resorptionsvermögen 35. —, Resektion nach querer Durchtrennung d. Kreuzbeins 271.
Reflex s. Hautreflexe; Pharynx; Sehnenreflexe.
Reform d. Irrenwesens in Preussen 28.
Refraktion, Bezieh. d. Cornea zu solch. 185. —, b. Iritis 186.
Regenbogenhaut s. Iris; Iritis.
Reiterhygrom 177.
Resektion, von Rippen b. Empyem 36. —, d. Ovarium 46. 172. —, d. Pylorus wegen Krebs 56. —, partielle d. Harnblase 58. —, d. Unterschenkels wegen Pseudarthrose nach Fraktur 183. —, d. Darms 271.
Resorption, d. Salicylsäure durch d. Haut 20. —, von Flüssigkeiten, Einfluss intravenöser Salzwasserinjektion auf solche 20.
Resorptionsvermögen, d. unverletzten, normalen Haut 20. 126. —, d. Magens 34. —, d. Rectum 35.
Respiration, Cheyne-Stokes'sche, Nutzen d. Coffein 19.
Respirationsbewegungen, Reflexhemmung bei operativen Eingriffen in d. Bauchhöhle 174.
Retina, Neuroglia ders. 8. —, Entstehung d. Pigmentirung 62. —, Zustandekommen d. Ablösung 64. —, Stahlsplitter in solch. 185. — S. a. Nachbilder.
Retinitis, circinata 65. —, pigmentosa, complicirt mit Glaukom 65.
Rhachitis, fötale 54. 268. —, Fraktur d. Unterschenkels b. solch. 183. —, Herabsetzung d. Geschmacks b. solch. 267. —, Resorption u. Ausscheidung d. Kalks b. solch. 267.
Rheumatismus s. Gelenkrheumatismus; Muskelrheumatismus; Polyarthritis.
Riesenzellen, im Knochenmark 5. —, verschied. Arten 16.
Rippen, Resektion b. Empyem 36.
Rippenfellentzündung s. Pleuritis.
Rückenmark, Gliomatose, Erkrankung d. Schultergelenks 23. —, anatom. Veränderungen (b. Tabes dorsalis) 76. (b. Diabetes mellitus) 105. —, Suspension b. Krankheiten dess. 90. —, Topographie d. grauen u. weissen Substanz 116. —, Sklerose (fleckförmige b. Influenza) 156. (combinirte, Poliomyelitis b. solch.) 234. —, Verlauf centripetaler Fasern in solch. 234. —, Muskelatrophie von solch. ausgehend 242. —, Diagnose d. Krankheiten 275. — S. a. Hautreflexe; Myelitis; Poliomyelitis; Spinallähmung; Syringomyelie.
Ruhr s. Dysenterie.
Rumination b. Menschen 160.

Saccharin, Anwendung b. Diabetes mellitus 206.
Säugling, sekundäre Infektion b. Magendarmkatarrh 13. —, Wirkung d. Chinins durch d. Milch d. Mutter auf solch. 20. —, Magenverdauung b. solch. 33. —, asphykt. Zustände 54. —, Ernährung (mit Kuhmilch) 54. (Pflanzenmilch) 54. (Verwendung d. Milchzuckers) 55. —, Peptonbildung im Magen 54.
Salicylsäure, Resorption durch d. Haut 19. —, Anwend. b. akutem Gelenkrheumatismus 20.
Salipyrin, Wirkung b. Uterusblutungen 235.
Salol, gegen Tropendysenterie 257.
Salpingitis, hyperplastische, operative Behandlung, Drainage 47.
Salpingotomie b. Hämatosalpinx 263.
Salz, Gehalt d. Körperflüssigkeiten an solch. 113. — S. a. Kochsalz; Neutralsalze.
Salzsäure, Abscheidung im Magensaft (Nachweis) 31. 32. (b. fortgesetztem Hungern) 33. (Beeinflussung durch Arzneimittel) 33. (b. Krebs) 34. (Beeinflussung durch Alkalien) 252. (Ueberschuss, Behandlung) 253. 254.
Salzwasser, Infusion b. akuter Anämie 20. —, Wirkung d. intravenösen Injektion auf d. Resorption von Flüssigkeiten 20.
Sanitätsstation zur Untersuchung von Lebensmitteln u. Gebrauchsgegenständen in Moskau 186.
Santonin, Krämpfe durch solch. erzeugt 133.
Saprämie, puerperale 52.
Sarkom, Differentialdiagnose von Carcinom 213.
Sauerstoff, Inhalation gegen Influenza 156.
Scarlatina, toxische Substanz in d. Milz b. solch. 123. —, Streptokokken als Ursache 124.
Schädel, Geschwulst an d. Basis mit multipler Hirnnervenlähmung 21. —, Verletzung b. d. Geburt 69. — S. a. Craniektomie.
Schafschilddrüse, gegen Myxödem 39. 259. 260. —, gegen Basedow'sche Krankheit 139. — S. a. Schilddrüse.
Schamfugenschnitt s. Symphyseotomie.
Schanker, syphilitischer, Behandlung mit Quecksilber 44. —, weicher, Bacillen b. solch. 120.
Scharlachfieber s. Scarlatina.
Schielen, Spontanheilung 62.
Schiesspulver, Verletzung d. Augen mit solch. 185.
Schiffe, Scorbut auf solch. 231.
Schilddrüse, Verwendung zur Behandlung von: Myxödem 38. 40. 163. 164. 165. 221. 258. 259. 260. Basedow'scher Krankheit 139. Psoriasis 260. —, Bedeutung f. d. Bildung d. Bindegewebes 40. —, Krebs, Metastasen in Knochen 59. —, Exstirpation (Diabetes mellitus nach solch.) 97. (b. Basedow'scher Krankheit) 134. (Myxödem nach solch.) 259. —, Beziehung zu Basedow'scher Krankheit 135. 138. 259. —, Unterbin-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

dung d. Arterien gegen Basedow'sche Krankheit 139. — S. a. Kalbs-, Schafschilddrüse.
Schimmelpilze, Vorkommen von Cellulose in solch. 4.
Schläfenbein, Oelcyste auf dems. 177.
Schlafzustände, pathologische 26.
Schleimhäute, Ulcerationen an solch. b. Diabetes mellitus 201.
Schlummerzellen in d. verletzten Cornea 226.
Schlüsselbein s. Clavicula.
Schmerz s. Blitzschmerzen; Magenschmerz.
Schmerzlähmung 26.
Schmierkur, b. tertiärer Syphilis 44. —, b. Tabes dorsalis 91.
Schulen, Conjunctivitis follicularis in solch. 64. —, Thätigkeit d. Arztes in solch. 69.
Schultergelenk, Erkrankung bei Gliomatose des Rückenmarks 23. —, Tuberkulose, Aetiologie, Symptome, Diagnose 184.
Schussverletzung d. Vagus unter d. Schädelbasis 24.
Schwangerschaft, ektopische 71. —, Bluterbrechen während ders. 159. —, Retroversio uteri während ders., Behandlung 168. —, neben Lithopädion 175. — S. a. Drillingsschwangerschaft.
Schwefel, Einfl. d. Amylenhydrats u. d. Chloralhydrats auf d. Ausscheidung 130.
Schwefelbäder, Anwendung b. Tabes dorsalis 91.
Schwefelwasserstoff im Magensaft 34.
Schweinefleisch, Vergiftung durch solch. 68.
Schweiss, Zusammensetzung 113.
Schweissdrüsen, Absonderungsdruck 114.
Scorbut, Bacillus als Urs. von Gingivitis u. Blutung 14. —, auf Schiffen 231.
Seelsorge b. Irren 28.
Sehfeld, Verhalten b. Hirnaffektionen 184.
Sehhügel s. Thalamus.
Sehnennaht d. zerrissenen Sehne d. Quadriceps femoris 183.
Sehnenreflexe, Verhalten b. spast. Paraplegie 143. —, u. ihre Bedeutung f. d. Pathologie d. Nervensystems (von *Maxim. Sternberg*) 277.
Sehnerv s. Nervus; Papilla.
Sehschärfe, Abnahme im Alter 8. —, b. Negern 184. —, Bezieh. d. Cornea zu solch. 185.
Sekundärnaht d. Drainstelle b. Laparotomie 266.
Selbstmord in Irrenanstalten 190.
Selbstverdauung d. Magens 158.
Sepsis, puerperalis, Pathologie u. Therapie 52. 53.
Septikämie, Septikopyämie s. Puerperalseptikämie.
Serosa, Einwirkung d. atmosphär. Luft auf d. normale 122.
Serum, immunisirende Stoffe in dems. 3. 9. — S. a. Blutserum.
Serumalexine, Einwirkung d. Natronsalze auf solche 3.
Siderosis, d. Augapfels 61. —, Vergleich mit Argyrie 240.
Silber, salpetersaures, Wirkung auf d. Elemente d. Nervensystems 115. — S. a. Argyrie.
Silbernaht, b. Laparotomie u. Hernien 180.
Simulation von Geistesstörung 190. 219.
Sinn, stereognostischer, Störung b. cerebraler Hemiplegie 139. — S. a. Muskelsinn.
Sinus s. Hirnsinus.
Sirenenbildung 225.
Skiaskopie 186.
Sklera, Punktur 185.
Sklerodermie, anatom. Veränderungen b. solch. 167.
Sklerose, d. Rückenmarks (herdförm. b. Influenza) 156. (combinirte, Poliomyelitis b. solch.) 234. — S. a. Initialsklerose.
Society s. Transactions.
Sojabohne, Brodersatzmittel b. Diabetes mellitus 206.
Somnambulismus, angebl. in solch. verübter Mord 26.
Soor im Oesophagus, Behandlung 252.
Sozojodolquecksilber gegen Syphilis 44.
Spasmus s. Blepharospasmus; Paraplegie.
Spartein, schwefelsaures, Wirkung auf d. Iris 239.
Speicheldrüsen, Bau ders. 114.
Speisen, Dauer d. Aufenthalts im Magen 35.
Speiseröhre s. Oesophagus.
Sphincters. Musculus.
Spinallähmung, infantile (Poliomyelitis anterior nach solch.) 244. (Pathogenese) 247. (anatom. Veränderungen) 248.
Sporen s. Milzbrandsporen.
Spulwurm b. einem kleinen Kinde 268.
Sputum, Infusorien in solch. b. Lungengangrän 122. —, Mikroorganismen in solch. b. Influenza 155.
Staaroperation, infektiöse Processe nach solch. 62. —, ohne Iridektomie 186.
Städte, Einfl. d. Hygieine auf d. Gesundheit 280.
Stahlsplitter, im Glaskörperraume, Entfernung mittels d. Magneten 185. — S. a. Eisensplitter.
Steisslage d. Frucht, Wendung 175.
Stenokardie nach Influenza 152. —, b. Behandlung mit Schilddrüsenextrakt 259.
Stenose, d. Larynx, Behandlung mittels Intubation 55. 56. —, d. Trachea, Intubation 56. —, d. Oesophagus, operative Behandlung 30. 56. —, angeb. d. äussern Muttermunds 264.
Sterblichkeit nach Influenza 149.
Stereognostischer Sinn, Störung b. cerebraler Hemiplegie 139.
Sternum, Luxation d. Corpus auf d. Manubrium 184.
Stichverletzung d. N. hypoglossus u. d. N. accessorius Willisii an d. Schädelbasis 24.
Stickstoff, Ausscheidung im Harne (b. Leberaffektionen) 123. (Einfl. d. Amylenhydrats u. d. Chloralhydrats) 130. —, an solch. arme Nahrung 228. —, in verschied. Organen 228.
Stoffwechsel, Verhalten b. therapeut. Anwendung d. Schilddrüse 165. —, b. Fieber 234.
Stoffwechselprodukte, gasförmige b. Wachsthum d. Bakterien 10.
Strabismus, Spontanheilung 62.
Streptococcus, pyogenes, Identität mit Streptococcus erysipelatis 12. —, ruber 12.
Streptokokken, verschied. Arten 11. —, als Urs. von: Puerperalfieber 53. Scharlachfieber 124.
Striktur d. Oesophagus, Behandlung 30. 56.
Studien über d. Specifität, d. Altruismus u. d. Anaplasie d. Zellen (von *David Hansemann*) 209.
Sublimat s. Hydrargyrum.
Suggestion, u. Hypnose (von *M. Hirsch*) 107. —. Anwendung b. Influenza 156.
Sulfonal, Anwendung b. Diabetes mellitus 208.
Suspension, b. Rückenmarkskrankheiten 90.
Sympathicus s. Nervus.
Symphyseotomie, Indikationen, Ausführung 48. 49. 51. —, b. Operationen an d. Harnblase 58.
Sympus apus 225.
Syndaktylie, narbige, Operation 183.
Syphilis, Epilepsie nach solch. 25. —, Bezieh. zu progress. Paralyse 28. —, erste Lokalisation (auf d. Tonsillen) 42. (an d. Hand) 42. —, d. Lunge 43. —, Excision d. Initialsklerose 43. —, tertiäre, Anwendung d. Schmierkur 44. —, Bezieh. zu Tabes dorsalis 73. 74. 75. 76. —, Bezieh. zu Diabetes mellitus 104. —, Blutserumtherapie 222. — S. a. Elephantiasis; Gummata; Pseudoparalysis; Schanker.
Syringomyelie, Erkrankung d. Schultergelenks b. solch. 23. —, Differentialdiagnose von Tabes dorsalis 88. —, Symptome, anatom. Veränderungen 248.
System, dermatologisches 166.
Syzygium Jambolanum, Anwendung b. Diabetes mellitus 207.

Tabellen u. Daten, anatom., physiolog. u. physikal. (von *Hermann Vierordt*, 2. Aufl.) 274.
Tabes dorsalis, Symptome (Augenmuskellähmungen) 63. 68. (Verhalten d. Hirnnerven) 79. (Veränderungen am Opticus) 79. 80. (Hörstörungen) 80. (Kehlkopf-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

störungen) 81. (Verhalten d. Pupille) 80. 89. (d. Bulbärparalyse entsprechende) 83. (Schmerzen) 84. (Gefühlstörungen) 84. (Störungen d. Urogenitalorgane) 84. 85. —, Aetiologie 73 flg. —, Bezieh. zu Syphilis 73. 74. 75. 76. —, b. Frauen 74. —, anatom. Veränderungen 76. 77. —, Wesen 77. —, Bezieh. zu allgem. Paralyse 78. 79. —, Gangrän d. Fusses b. solch. 83. 85. —, Muskelatrophie 83. —, Insufficienz d. Aortenklappen 83. —, Zwerchfellslähmung 84. —, lymphopath. Krisen 86. —, Erkrankung d. Knochen u. Gelenke 86. 87. —, Diagnose 88. 89. —, Behandlung 90. 91. 92.
Tabesmaske 87.
Taenia echinococcus 191.
Taenifugum, Perforation eines Magengeschwürs durch solch. herbeigeführt 160.
Talus, Fraktur 183. —, Luxation mit Torsion um d. Längsachse 183
Tarsus, Fraktur b. Tabes dorsalis 86.
Technik, d. histolog. Untersuchung patholog.-anatom. Präparate (von *C. von Kahlden*, 3. Aufl.) 274. —, d. Massage (von *Albert Hoffa*) 279.
Tenon'sche Kapsel, Entzündung b. Quecksilbervergiftung 186.
Tenotomie d. M. rectus oculi wegen Insufficienz 186.
Teratom d. Ovarium 264.
Terpentin gegen Psoriasis 260.
Testikel, Verhalten d. Schmerzgefühls b. Tabes dorsalis 85. —, histolog. Veränderungen im Alter 114. —, Krebs, Drüsenschwellung hinter d. Schlüsselbein b. solch. 270.
Tetanie, b. chron. Hypersekretion von Magensaft 162. —, b. Gastrektasie 249. —, Bezieh. zu Hysterie 249.
Thalamus opticus (Geschwulst in solch.) 22. 141. (Diagnose d. Affektionen) 141.
Thermometer, Nachweis d. Todes mittels dess. 190.
Thränensack, Blennorrhöe 272.
Thrombophlebitis, puerperale 53.
Thrombose, b. Influenza (d. Hirnsinus) 150. (d. Venen) 153.
Thymacetin, physiolog. Wirkung 237.
Thyreoidin, gegen Myxödem 39.
Tod, durch Erhenken 189. —, Nachweis mittels d. Thermometers 190.
Tonsillen, erste Lokalisation d. Syphilis auf dens. 42.
Torus palatinus, Vorkommen b. Gesunden u. Geisteskranken 27.
Toxalbumine, Wirkung d. Neutralsalze auf solche 3. —, Wesen u. Wirkung 9.
Trachea, Intubation b. Stenose 56. —, Papillom an d. Bifurkation 233.
Trachom, Bezieh. zu Conjunctivitis follicularis 64.
Transactions of the American ophthalmological Society (XXVIII.) 184.
Transplantation nach *Thiersch* b. narbiger Syndaktylie 183.
Tremor s. Zittern.
Trichiasis, Operation 63.
Tuba Fallopiae (conservative Operationen an solch.) 46. (Schwangerschaft in ders.) 71. (als Bruchinhalt) 179. — S. a. Hämatosalpinx; Salpingitis.
Tuberkulose, d. Iris 62. —, Bezieh. zu Magenkrankheiten 163. —, d. Schultergelenks, Aetiologie, Symptome, Diagnose 184.
Tussis convulsiva s. Keuchhusten.
Tympania uteri, Entstehung 264.
Typhus abdominalis, Knochenentzündung nach solch. 59.
Typhusbacillus, Morphologie 12. —, dems. ähnl. Bacillen 12. —, b. typhöser Knochenentzündung 59.

Ulcus s. Schanker.
Unterbindung s. Ligatur.
Unterleib s. Bauchhöhle; Bauchmassage.
Unterschenkelknochen, Fraktur b. einem Rhachitischen 183.
Urtica urens, physiolog. Wirkung 237.
Urticaria, b. Influenza 153. —, nach d. Genusse von Kartoffeln 166.

Vagina, Vorfall, Behandlung 45. —, Krebs als Impfmetastase b. Uteruskrebs 172. —, Zerreissung b. d. Entbindung 174. — S. a. Vesicovaginalfistel.
Vagus s. Nervus.
Variola, Osteomyelitis b. solch. 14.
Vaselin, Resorption durch d. Haut 127.
Venen, Entzündung u. Thrombose nach Influenza 153. — S. a. Milzvenen; Thrombophlebitis.
Ventrofixation d. Uterus 168.
Verband s. Gipsverband.
Verbrecherin s. Weib.
Verbrennung mit Fluorwasserstoff 72.
Verdauung, im Magen 31. 32. 38. —, Bedeutung d. Pankreas f. dies. 255. — S. a. Selbstverdauung.
Verdauungskanal, Resorption alkal. Erden in solch. 119. —, Bezieh. d. Störungen in solch. zu Hautkrankheiten 166.
Verdauungskrankheiten s. Klinik.
Verdauungsorgane, Störungen b. Diabetes mellitus 202.
Vergiftung s. Alkoholismus; Antimon; Arsenik; Atropin; Autointoxikation; Benzin; Blei; Carbolsäure; Cocainismus; Coniin; Cyan; Cyanquecksilber; Fleischvergiftung; Kohlenoxyd; Pantherschwamm; Phosphor; Pilzvergiftung.
Verletzung, als Ursache von Diabetes 102. —, aus Zufall oder Nothwehr 189. — S. a. Auge; Extremitäten; Pharynx; Schädel; Schussverletzung; Stichverletzung.
Verstopfung, habituelle, Nutzen d. Massage 256.
Verwundete, Anwendung von Abführmitteln b. solch. 269.
Vesico-Vaginalfistel, Operation 58.
Vibrio, in d. Faeces b. Diarrhöe 13. —, Danubicus 122.
Virus d. Influenza 149. — S. a. Bakteriengifte.
Vorfall, d. Uterus, Behandlung 45. 168. —, d. Vagina, Behandlung 45. —, d. Placenta 52.
Vorlesungen, über d. Bau d. nervösen Centralorgane d. Menschen u. d. Thiere (von *Ludwig Edinger*, 4. Aufl.) 106. —, psychiatrische (von *V. Magnan*, deutsch von *P. J. Möbius*, IV.—VI.) 216.
Vulva, Molluscum pendulum 263.

Wachsthum d. Kinder nach Länge u. Körpermaassen 113.
Wärme, Entwicklung b. Fortleitung d. Erregung in d. Nerven 117. —, Bildung bei summirten Muskelzuckungen 118. —, Quelle d. thierischen 227.
Wanderleber 257.
Wasser, Vorkommen von Pigmentbakterien in solch. 121. —, Abscheidung b. Diabetes 196. —, Gehalt d. Galle an solch. 228.
Wasserbacillus, chem. Zusammensetzung 231.
Wassersucht s. Hydrops.
Weib, als Verbrecherin u. Prostituirte (von *C. Lombroso* u. *G. Ferrero*, deutsch von *H. Kurella*) 107.
Weichtheile, Heilung grosser Defekte an d. Extremitäten vermittels gestielter Hautlappen aus entfernten Körpertheilen 59.
Wein, Anwend. b. Diabetes 207.
Wendung, d. Frucht (b. Placenta praevia) 52. (aus d. Steisslage) 175.
Wiederkäuen b. Menschen 160.
Wismuth, salpetersaures, Anwend. b. Magengeschwür 253.
Witterung, Einfl. auf Nerven- u. Geisteskranke 191.
Wochenbett, Ovariotomie während dess. 173.
Wortzwang 216.
Wundbehandlung b. complicirten Frakturen 268.
Wurmfortsatz s. Appendicitis.
Wurmmittel s. Bandwurmmittel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Zahnfleisch, Blutung b. Scorbut, Bacillus als Ursache 14. — S. a. Gingivitis.
Zange s. Geburtszange.
Zellen, im Magen, vitale Eigenschaften 31. —, Specificität, Altruismus, Anaplasie 209. —, asymmetr. Karyokinese 210. 226. — S. a. Krebs-, Nerven-, Schlummerzellen.
Zellgewebe, in d. Orbita, Entzündung 185.
Ziegelarbeiter, Anchylostoma duoden. b. solch. 258.
Zittern, erbliches, Bezieh. zu geistiger Entartung 27.
Zucker, Verhalten im thier. Organismus 4. —, Nachweis im Harne 193 flg. —, Bezieh. d. diastat. Ferments in Blut u. Lymphe zur Bildung dess. in d. Leber 229. —, im cirkulirenden Blute, Einfl. auf respirator. Gase u. Körperwärme 230.
Zuckung s. Muskelzuckungen.
Zunge, syphilit. Gummata an ders. 42. —, rhythmische Ziehungen an ders. behufs Wiederbelebung b. Asphyxie 189. —, Bewegungen ders. 226. — S. a. Paralysis.
Zwerchfell, gashaltiger Abscess unter dems. 36. —, Lähmung b. Tabes dorsalis 84.
Zwergin, Verhalten d. Beckens b. solch. 267.
Zwillingskinder, Lebensfähigkeit 175.
Zymogen s. Labzymogen.

Namen-Register.

Abbe, Robert, 56. 94. 198.
Abel, R., 240.
Abraham 261.
Achard, Ch., 77. 83. 138.
Adenot 24.
Adler 73.
Aigre 147. 148.
Albanese, M., 119.
Albarran, J., 58.
Albert, E., 177.
Albertoni, Pietro, 106. 228.
Albrand, W., 137.
Aldehoff 204.
Aldibert 173.
Alkman, John, 147.
Allen, H. C., 175.
Althaus, Julius, 149. 150.
Anderson, J. W., 23.
Andrews 186.
Angelucci, Arnaldo, 7.
Annequin 153.
Anton 140.
Argutinsky, P., 3.
Arnheim (Berlin) 182.
Arnold 244.
Asmus 248.
Audain, Léon, 265.
Audry, Ch., 184.
Aufrecht, E., 36. 37. 156. 251. 252.
Aust-Lawrence, A. E., 173.
Aye 93. 207.
Ayer 124.

Baas (Freiburg i. Br.) 272.
Babes, V., 14. 124.
Bachmann, O., 265.
Baer, A., 147.
Baginsky, A., 147.
Baldi, A., 67.
Ballet, Gilbert, 78. 79.
Barbacci, C., 231.
Barbéra, A. G., 228.
Bardeleben, A., 268.
Bardet 253.
Baron, Paul, 20. 188.
Barret, R. D., 151.
Barrs 83.
Barton, J. K., 164.
Baucher 13.
Baumel 95. 99.
Baumgarten, Egmont, 56.
Baumgarten, Paul, 213*.
Baur, M., 255. 256.
Bayet 167.
Bazy 94. 96.
Beadles, C., 164.
Beatty, Wallace, 164.
Bechterew, W. von, 26. 90.
Beck, A., 20.
Beck, Carl, 36. 154.
Becker (Marburg) 63.
Behm, K., 157. 161.
Beljakoff, S., 190.
Bellarminoff, L., 65. 239.
Benedikt, Mor., 90. 92.
Berdez 234.
Berkley, Henry J., 5.
Berlioz 95. 193.
Bernhardt, M., 146. 243. 249.
Bernheim 244.
Berthold (Dresden) 155. 156.
Bertrand 13.
Betz, Friedrich, 95.
Beu, Julius, 68.
Bial, Manfred, 229.
Binz, C., 207.
Bitot, E., 83. 85.
Blaschko, A., 42. 44.
Bloch, S., 273.
Blocq, Paul, 76. 77. 88. 89. 245.
Blum, F., 240.
Boas, I., 30. 33. 34. 214*.
Boccardi, G., 95. 100.
de Boeck 117. 250.
Boeckh, G., 267.
Boerma, D., 8. 64.
Bogroff 90.
Bokenham, T. J., 123.
Bonjour 90.
Bonome, A., 83.
Borchardt, M., 154. 155.
Borgherini 76. 77.
Bornträger, J., 231.
Bouchard, J. B., 79. 80.
Bouisson, G., 94.
Bourbon, H., 128.
Bourget (Lausanne) 19.
Bourneville 26. 190.
Bouveret 30. 33.
Bovet 157. 161. 253. 254.
Bowles 136.
Boymond 93. 194.
Bracco, Guglielmo, 129.
Bradt 118.
von Bramann 59.
Bramwell, Byrom, 260.
Brandl, J., 30. 35.
Brault, A., 93. 101. 269.
Braun, H., 249.
Braunstein, E., 7.
Brazzolo, Florian, 76.
Breus, Carl, 175.
Brissaud 251. 254.
Brohl (Köln) 183.
Brouardel, P., 26. 93. 102.
Brousses, J., 269.
Bruns, Ludwig, 90. 94. 197.
Bruschini, E., 95. 100.
Buchner, Hans, 3. 9.
Bulkley, L. Duncan, 42.
Bull, Charles Stedman, 184.
Buller 185. 186.
Bum, Anton, 255. 256.
Bunge 94.
Burckhardt, Louis, 48.
Burger, H., 79. 81.
Burnett, Swan M., 185. 186.
Burr, Charles W., 73. 146.
Butz 271.
Buys, E., 164. 228.
Buzzard, Thomas, 79. 95. 198.
Buzzi 241.

Camerer, W., 94. 113.
Canon, P., 154. 155.
Cantani, Arnaldo, 94. 98. 206. 208. 209.
Capauner 62.
Capriati, Vito, 79.
Carreau, Joseph S., 94. 208.
Carter, E. C., 164.
Carvallo, J., 255.
Casaretti, C., 37.
Casati, A., 231.
Caspersohn, C., 59. 255. 256.
Cavazzani 227.
Chabbert, L., 88.
Chadburne, Arthur P., 94. 203.
Chanson, Victor, 28.
Charcot, J. M., 79. 83. 86. 87. 88.
Cheesman, William S., 45.
Cheyne, W. Watson, 180.
Chiari, Hanns, 14.
Cholmogoroff, S., 170.
Chvostek, Franz, 80. 82. 137.
Clark, H. E., 86.
Clarke, Michel J., 80. 81.
Cloisse, Paul, 53.
Clopatt, A., 30. 33.
Coats, Jos., 94. 105. 204.
Coe, Henry C., 50.

* bedeutet Bücheranzeigen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Cole, Palmer C., 92.
Collier, William, 86. 155. 156.
Consiglio 7.
Constantin 262.
Corradi, Alfonso, 147.
Courtois-Suffit 78.
Cremer, Max, 4.
Crisafulli 245.
Crocker, R., 260.
Cushny, Arthur R., 237.
Czerny, Adalbert, 54.
Czernyszew, S., 116.

Dalby, Wm., 151.
Dana, Charles L., 145.
Dannehl, Paul, 225.
Dapper, Carl, 119.
Darier, J., 62. 76.
Dauriac, J., 255. 256.
Davidsohn 151.
Davis, Edward P., 50.
Dearden, J., 93.
Decker, C., 95. 104.
Decker, J., 157. 161.
De Francesco, Gennaro, 73.
Defresne, Th., 94. 100.
Dehio, Karl, 26.
Dejerine, J., 76. 78. 80. 88. 243.
Delezenne, C., 149.
Denys 123.
Dieulafoy, G., 197.
Dimmock 51.
Dinkler, M., 75. 76. 90. 91.
Dippe, H., 108*.
Dixey, F. A., 147. 148.
Dogiel 8.
Doranth, Karl, 264.
Dreyfuss, Isidor, 4.
Driessen (Leiden) 232.
Drummond, David, 73. 75.
Dubois 157. 160.
Dubousquet-Laborderie 208.
Dubreuilh 261.
Dubuc, Jean, 83. 84.
Ducket, Alex., 153.
Dührssen, A., 51.
Dufourt 95. 96.
Duhomme 93.
Dujardin-Beaumetz 93. 95. 206. 207. 208. 209. 235. 253.
Du Mesnil, Theodor, 20. 251. 252.
Duncan, Eben, 91.
Dunlop, Andrews, 147. 148.
Dunlop, G. H. Melville, 165.
Dupasquier 158. 162.
Durand, Léon, 86. 87.

Eade, Peter, 147.
Eberth, C., 115.
Ebstein, Wilhelm, 98.
Eccard, Wilhelm, 76. 77.
Edinger, Ludwig, 106*.
Eddowes, A., 261.
Ehrenberg, Arthur, 80. 82.
Eichhorst, H., 42. 92. 206. 208. 209.
Einhorn, Max, 95. 156. 157. 195. 251. 254.
Eiselsberg, Anton von, 59.
Eisenlohr 158. 163.
Emanuel, R., 265.
Engelhardt, Aug., 250.
Engelhardt, R., 157. 161.
Engelmann, G., 14.
Engström, Otto, 174.
Epenstein 95. 195.
Epstein, Alois, 268.
Erb, W., 73. 74. 245.
Erismann, F., 186.
Etter, P., 175.
Everke, Karl, 51. 174.
Eversbusch 62. 64.
Ewald, C. A., 30. 32. 75. 77. 88. 89. 215*.
Exner, S., 124.

Fabre, J., 266.
Falkenberg 95. 97.
Faraboeuf, L. H., 48.
Feilchenfeld, W., 69.
Feinberg, B., 52.
Felkin, R. W., 153.
Fenger, Christian, 47.
Fenwick, W. Soltau, 123. 157. 158.
Ferrarini, C., 150. 151.
Ferrero 107*.
Fichtner 93. 105. 196. 207.
Fiessinger, Ch., 149—155.
Finkelnburg, C., 110*. 121.
Finlayson, James, 280*.
Fischel, A., 115.
Fischel, Friedrich, 154. 155.
Fischer, S., 152. 153.
Flaischlen, Nicolaus, 181.
Fleiner, W., 251. 253.
Flückiger 194.
Fodor, Josef von, 279*.
Fournier, Alfred, 25. 42. 78. 83. 88. 91.
Francesco, G. de, 73.
Franke (Hamburg) 62.
Franks, Kendal, 271.
Franqué, Otto von, 54. 169.
Fraser, Thomas R., 93. 208.
Frees, G., 267.
Frenkel 83. 84.
Freud, Sigm., 276*.
Friedheim 73. 75.
Friedrichsen, Friedrich, 73. 74.
Fröhlich, Josef, 149.
Fryer 184.
Fubini, S., 126.
Fuchs, E., 65.
Fürbringer, Paul, 67. 150.
Füthener 92.
Fütterer 105.
Fukala 63.
Fusari, R., 116.

Gabriel, S., 3.
Gärtner, G., 20.
Gaglio 95. 100.
Gaillard, L., 93. 101.
Galli, Valerio, 241.
Galtier 91.
Garnier, Paul, 26.
Garrè 128.
Garrigues, H. J., 49.
Gaube, J., 93. 193.
Gaule, Justus, 6.
Gaupp, R., 183.
Gebhard, C., 264.
Gegner, Carl, 240.
Geissler, Arthur, 147. 149.
Geissler (Berlin) 232.
Gelpke, L., 168.
Genersich, A. von, 255. 256.
Gerber 42. 43.
Gerdes, E., 274*.
Gerhardt, C., 36. 82. 83. 84. 137.
Gerlach, W., 225.
Germano, Edoardo, 12.
Geyer, Josef, 94. 194.
Gilbert 251. 252.
Gillespie, A. Lockhart, 30. 32.
Gioffredi, Carlo, 21.
Glénard, Frantz, 94. 101.
Gley, E., 92. 97. 208.
Goldflam, S., 73. 75.
Goldscheider, A., 52. 247. 248.
Goldschmid, D., 248.
Goldschmidt, F., 122.
Goldzieher, W., 63.
Goluboff, N., 257. 258.
Goodhart, James F., 94. 102.
Gordon, William, 155. 156.
Gowers, W. R., 73. 75.
Grabower 80. 82.
Graeser, C., 93. 94. 207.
Grandin, Egbert H., 50.
Grandon, Charles, 244.
Grasset 83. 84.
Grawitz, E., 15. 258.
Groeff, R., 61.
Greenfield, William S., 135.
Greenwood, Allen, 147.
Greidenberg, B., 137. 191.
Grenier, R., 93. 198.
Griffiths, John, 114.
Grosse, Kurt, 83.
Grossmann, J., 155. 156.
Günther, C., 213*.
Güntz, J. Edmund, 94. 104.
Günzburg 30. 31.
Guillery (Köln) 63. 80.
Guinard, L., 130.
Guinon, Georges, 88. 90. 245.
Guttmann, Paul, 94. 195.
Guttmann, S., 146. 147.

Haasler, F., 226.
Haberda 190.
Habermann, J., 77. 80.
Habs, Rud., 181.
Hahn, E., 135.
Haidenhain, Mart., 5.
Haig, A., 228.
Hamaide, Emile, 27.
Hamburger, H. J., 231.
Hanot 157. 160.
Hansell 186.
Hansemann, David, 209*.
Harlan 185.
Harley, Vaughan, 230.
Harnack, Erich, 30. 31. 113. 130.
Hartmann, A., 147.
Hartmann, Henri, 47. 128. 177.
Hauser, G., 230.
Hay, Frank, 150.
Hayem, Georges, 158. 163.
Hays, J. M., 91.
Hédon, E., 95. 100. 101.
Heffter, A., 92. 193.
Heider, Adolf, 122.
Heim 249.
Heintze (Breslau) 177.
Heinz 19.
Henry, J., 164.
Henschen, S. E., 248.
Herschl, Jos., 181.
Herz, Leopold, 19.
Herz, M., 13.
Herzfeld, Ernst, 40.
Herzfeld, K. A., 170.
Hess, C., 62.
Hesse, W., 10.
Heyse (Berlin) 24.
Hezel, O., 138.
Hildebrand, Otto, 278*.
Hildebrandt, Arthur, 83. 86. 158. 163.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Hiller, A., 155.
Hillier, A., 147.
Hippel, Eugen von, 61.
Hirsch, August, 220*.
Hirsch (Gleicherwiesen) 30. 34. 35.
Hirsch, M., 107*.
Hirschberg, Rubens, 91. 92.
Hirschfeld, F., 94. 95. 101. 195. 196.
Hirst, Barton Cooke, 50.
Hirt, L., 107*.
Hitzig, Ed., 30. 33.
Hobrecht, J., 70.
Hochhaus, Heinrich, 125.
Hölder 29. 30.
Hölscher 261.
Hölzl, Hans, 17.
Hoffa, Albert, 93. 200. 279*.
Hoffmann, Friedr. Albin, 221. 260.
Hoffmann, J., 242.
Hofmeister, B., 94. 206. 207.
Hofmeister, Franz, 94. 95. 96. 120.
Holst, O. von, 150.
Holt 185.
Holzmann, C., 93.
Homén 245.
Honigmann, G., 30. 31. 156. 251.
Hoppe, H. H., 144.
Horbaczewski, J., 4.
Hornef, Fr., 54.
Horsley, V., 38.
Horstmann, C., 147.
Huber, J. Ch., 191.
Huchard, Henri, 93. 199. 253.
Hunt, William, 93.
Hunter 30. 33.

Jackson, Henry, 154. 155. 185.
Jacobj, C., 118.
Jacobsohn, J., 156. 157.
Jacobson, D. E., 143.
Jamieson, W. Allan, 41.
Jastrowitz, M., 95. 147. 194.
Jeffries, John A., 92.
Jegorow 77. 88.
Jemma, R., 42. 44.
Jessner 109*. 166.
Ignatowsky, A., 189.
Ilberg 80. 82.
Inoko, Y., 133.
Joffroy, A., 77. 78. 79. 83. 136. 138.
Johnson, E. G., 157. 161.
Johnston, George F., 136.
Jolly, F., 24.
Isaac 73.
Juckuff, Emil, 126.
Juhel-Renoy 68.

Kaes, Theodor, 116.
Kaensche, C., 251. 254.
Kafka, Th., 95.
Kahane, M., 246.
Kahlden, C. von, 274*.
Kahrt 55.
Kállay, Adolf, 93. 96.
Kamocki 273.
Kaposi, Mor., 109*.
Katz, A., 255. 256.
Kayser, Heinrich, 235.
Kehrer, F. A., 45.
Keith, Skene, 51.
Kelling, G., 156.
Kellner, A., 27.
Kellog, H. J., 30. 32.
Kelznack, T. N., 241.
Kessler, L., 266.
Kiener, P. L., 123.
Kinnicutt, F., 164.
Kipp 186.
Kirchner, M., 12.
Kisch, E. Heinrich, 93.
Kleist 147. 148.
Klemm, Paul, 60. 86.
Klemperer, G., 94. 203.
Klinke, Otto, 27.
Klippel, M., 244.
Knaak 93.
Knapp, H., 185.
Knies, M., 62.
Kobert, R., 240.
Koch 73. 245.
Koch, R., 157. 159. 160.
Kocher, Theodor, 180.
Köhl 153. 154.
Koehler, A., 268.
Koenig, Franz, 278*.
König, Wilh., 142.
Kohnstamm, Oscar, 248.
Kolisch, Rudolf, 140. 142.
Kollmann, Arthur, 222.
Kollock 184. 186.
Kolossow, A., 4.
Korányi, Alexander, 5.
Korolkow, P., 5.
Kóssa, Julius, 18. 241.
Kowalewsky, Paul, 91.
Kraepelin, Emil, 106*.
Kramer, Leopold, 133.
Krauss, Ed., 76. 77.
Krauss, Ernst, 66.
Kriege, H., 251. 254.
Krömer 190.
Krogius, A., 86. 129.
Kromayer 4.
Külz, E., 97. 204.
Kugler 95.
Kuhn, F., 30. 34. 255.
Kurella, H., 107*.
Kuttner, L., 156. 157.

Laborde, J. V., 189.
Laehr, Hans, 191.
Laehr, Heinrich, 28. 219*.
Lamhofer, A., 81.
Lancereaux, E., 73. 76. 95. 100.
Landau, Th., 93. 200.
Landerer, A., 177.
Lane, J. Ernest, 42. 44.
Lange, F., 226. 272.
Lannois, M., 83. 84. 95. 99.
Lanz, Otto, 231.
Laroyenne 46.
Laurens 95. 209.
Lavisé 139.
Lawrence, A. E. Aust, 173.
Lazarus, A., 147.
Lebensbaum, M., 172.
Le Fort, R., 177.
Lefour, R., 266.
Lehmann, E. R., 176.
Lehmann, K. B., 187. 240.
Lejars 179.
Leichtenstern, O., 152. 258.
Lemoine 95. 99. 157. 161. 251. 252.
Lenhartz, G., 147.
Lennander, K. G., 57.
Leo, H., 94. 98. 197.
Lépine, R., 93. 94. 95. 100. 203. 206.
Le Roy des Barres 173.
Lesage, E., 255. 256.
Leube, W. O. von, 92. 93. 196. 257. 275*.
Leubuscher, G., 30. 33.
Lévi, Léop., 76.
Levy, William, 271.
Levy-Dorn, Max, 114.
Lewaschew, S., 95. 208.
Lewinsky, J., 94. 201.
Lewy, B., 246.
Leyden, E., 23. 76. 91. 146. 147. 150.
Leyden, H., 169.
Leydhecker, Otto, 16.
Lichtenstein, Alfred, 267.
Lichtheim 258.
Liebrecht 19.
Liégeois 150. 151.
Lieven 272.
Limbourg (Köln) 63.
Linnossier 157. 161. 251. 252.
Lipkau, Heinr., 83.
Litten, M., 147.
Livierato, E., 93. 197. 204. 209.
Lloyd, James Hendrie, 88.
Löwe, L., 29.
Löwenthal, M., 157. 161.
Lombroso, Cesare, 107*.
Lo Monaco, D., 237.
Londe, Paul, 86. 87.
Loumeau, E., 220*.
Lühdorf, Fr. Aug. von, 93. 206.
Lumbroso 91.
Lumniczer, J., 182.
Lundie, R. A., 163. 164.
Lundström, C., 12.
Lunz, M. A., 23.
Luther, E., 127.
Luzzato 245.
Lyon, Gaston, 93.

Macalister, Charles, 245.
Mac Burney, Charles, 58.
Mc Carthy 150. 151.
Mc Kennan, Harry, 50.
Mackenzie, H. W. G., 38. 136.
Macpherson, J., 164.
Magalhães, Pedro S. de, 192.
Magnan, V., 216*.
Mahomed, George, 93. 208.
Main 31. 35.
Mally 170.
Manges 95. 195.
Mann, Ludwig, 88.
Mannheim, P., 134*.
Mapother 260.
Marandon de Montyel, E., 146. 237.
Marbot, P., 13.
Marfan 13.
Marfori, Pio, 229. 236.
Marie, Pierre, 75. 76. 77. 78. 83. 86. 234.
Marinesco, Georges, 75. 76. 77. 83. 245.
Marr, H., 164.
Martin, A., 46. 108*.
Marty 147.
Mascarel, Jules, 93.
Masing, E., 141.
Massalongo, R., 156.
Massaro, Domenico, 136.
Mathes, M., 157. 158.
Mathieu, Albert, 21. 30. 32. 167. 251. 252.
Mauclaire, F., 263.
Maude, A., 136.
Maurea, Giorgio, 12.
May, Richard, 234.
May, Theodor, 86.
Mays, Karl, 115.
Mayweg 64.
Meisels, Wilhelm A., 18.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Mellinger, C., 64.
Mendel, E., 25. 86. 135.
Menge, K., 121.
Mering, J. von, 30. 34. 93. 95. 97. 99.
Merk 42. 44.
Merkel, Fr., 278*.
Merklen 95.
Meyer, Carl, 16.
Meyer, Edward von, 263.
Meyer, Hans, 238.
Meyer, Paul, 54.
Michael, Ivan, 93. 102.
Miller, A. C., 165.
Miller, N., 268.
Minkowski, O., 93. 94. 95. 99. 203.
Minnich, W., 258.
Minor, L., 73. 74.
Mittendorf 186.
Möbius, P. J., 73. 74. 80. 81. 82. 85. 107*. 216*.
Mollard 95.
Moncorvo 42. 43. 166.
Mondan 184.
Moritz, F., 17. 95. 96. 97. 193. 194. 195.
Morsbach jun., E., 168.
Morse, Thomas H., 51.
Mossé, A., 92. 104.
Motet 26.
Moullin, C. Mansell, 87.
Mucha 150.
Mühsam, R., 230.
Müller, Arth., 191.
Müller, Erik, 114.
Müller, H., 40.
Müller, Sigfried, 268.
Münzer, E., 245.
Munk, Immanuel, 111*.
Murphy, J. B., 270.
Murray, George R., 38. 136. 164.
Muselier, P., 78. 96.

Näcke, P., 27.
Nageotte 78. 79.
Napier, A. D. Leith, 168.
Naunyn, B., 94. 205—209.
Neebe 262.
Neugebauer, Franz Ludw., 174. 182. 263.
Neumann, Julius, 124.
Newmark, Leo, 143.
Neusser, Eduard, 37.
Nicaise, E., 269. 272.
Nicolajevic, D., 249.
Niebel, W., 188.
Nielsen, L., 39. 40. 165. 260.
Nishimura, Toyosaku, 231.
Noble, Charles P., 49.
Nonne, M, 75. 77. 88. 89.
Noorden, C. von, 30. 32.
Nothwang, Fr., 188.
Novaro, Bartholomé, 92. 94. 208.
Nové-Josserand, G., 56.
Nussbaum, M., 115.

Oddi, R., 237.
Oestreich, R., 274*.
Oker-Blom, M., 174. 175.
Oliver, Thomas, 94. 185. 186. 209.
Ollier 80.
Onanoff, J., 77. 88. 89.
Opitz, M., 93. 208.
Oppenheim, H., 77. 88. 144.
Ord, William B., 94.
Orlandos, Cimon, 153.
Orsi, Francesco, 92.
Osler, William, 165.
Ostermann, H., 20.
Osterspey, J., 156. 157.
Otto 255. 256.
Ouchterlony, John, 149.
Oui 20.
Overlach, Martin 18.
Owen, David, 139.

Pal, J., 95. 101. 257.
Panas 93. 208.
Panski, Alex., 117.
Parchon, V., 255.
Paret, L., 149.
Partsch (Breslau) 273.
Pasquale, A., 11.
Paul 206.
Pauly, R., 73.
Pavy, F. W., 94. 208.
Pawiński, Joseph, 18.
Pawloff 262.
Pechère 154. 155.
Peiser, Jul., 130.
Penzoldt, F., 30. 35. 251. 252.
Pershing, Howell T., 80. 245.
Petersen, Walter, 42. 43. 120. 262.
Pfeiffer, R., 10. 154.
Pfeiffer, Victor, 167.
Philippson, L., 41. 42.
Pick, Arnold, 141. 166.
Pick, Friedel, 93. 196.
Picqué, L., 179.
Pierini, R., 126.
Pierret 78.
Pilliet, A. H., 5. 94.
Pinard, A., 48. 49. 175.
Pirie, George A., 245.
Pisenti 106.
Pitres, A., 83. 85.
Pitt, G. N., 86.
Placzek, S., 83. 86.
Plichon, A. F., 73. 76.
Poirier, P., 179.
Poli, V., 257.
Pollak 255. 256.
Pollatschek, Arnold, 92. 93. 207.
Pollitzer 40.
Pomeroy, Oren D., 186.
Poncet, A., 270.
Poole, E., 88.
Popoff, N. M., 77. 80.
Popowsky, J., 225.
Posner, C., 58. 95. 195. 196. 208.
Posselt, A., 132.
Post, H., 4.
Potain 158. 163.
Potier, F., 152.
Poulet 95. 209.
Poulsen, Christian, 269.
Pozzi, S., 46. 172. 264.
Prausnitz, W., 67. 95. 97.
Preisach, Isidor, 18.
Preobraschensky, S. S., 270.
Preston, George J., 91.
Proust, A., 146. 147.
Prudden, F. M., 15.
Pryce, T. Davies, 92. 201.
Pulawski, A., 157. 159.
Purslow, C. E., 168.
Putnam, James J., 150. 151.

Quincke, H., 142.

Rabener, Leo, 155. 156.
Rachel, Geo., 94. 201.
Rählmann 64.
Rahts, C., 147.
Ranieri 245.
Rasch 255.
Rasori, Carlo, 250.
Ratschinsky, N., 266.
Raudnitz, W., 119.
Rauer 68. 69.
Raven, Th., 260.
Raymond, F., 73. 75. 79.
Reche 273.
Redlich, E., 76. 77. 139.
Rehn, H., 165.
Reichmann, E., 29. 30.
Reinhold, G., 177.
Remak, E., 23.
Remertz, Joh., 130.
Remmer 157. 160.
Rémond, A., 94. 95. 96. 100. 104.
Rendu 79. 80. 95.
Renk 121.
Reymond, E., 137.
Ribbert 147.
Richardière, H., 93. 102.
Richards, Peele, 261.
Richartz, H., 157. 162.
Richey 185.
Richter, Max, 189.
Riegel, F., 157. 162.
Ries, Emil, 267.
Riese, H., 113.
Riess, L., 147.
Ritter, Adolf, 66.
Rivington, Walter, 87.
Roaldes, A. W. de, 152. 153.
Roberts, J., 261.
Robin, Albert, 92. 93. 94. 98. 164. 207. 208.
Robinson, S. G., 153.
Rockwell, A. D., 138.
Röhl, E., 183.
Röhmann, F., 229.
Rössler, A., 251.
Rommel (Neuzelle) 239.
Romniciano, G., 183.
Rosenbach, O., 83. 84. 95. 101.
Rosenblath, W., 93. 201.
Rosenfeld, Georg, 92. 94. 194. 195.
Rosenheim, Theodor, 251. 254. 274*.
Rosenstein, S., 94. 202.
Rosinski 69.
Rossier, G., 15.
Rosthorn (Prag) 170.
Roth, Wladimir, 246.
Rothmann, Max, 21. 22.
Rubner, Max, 227.
Rüdel, G., 267.
Rueder 52.
Ruge, Hans, 225.
Rupprecht, Paul, 55.

Sabbatani, Luigi, 130.
Sabrazès, J., 83. 85. 261. 262.
Sacaze, J., 22. 83. 244.
Sackur, Paul, 129.
Sänger, M., 71.
Sakorraphos 73.
Salvioli 31. 36.
Samelsohn 62.
Sandmeyer 95. 105. 204.
Sansoni, L., 30. 32. 33. 95. 100.
Sattler, H., 63.
Saundby, Robert, 95. 99. 101. 105. 106.
Savage 136.
Schacht, F. J., 168.
Schaefer 30. 33.
Schaffer, Karl, 125.
Schauta, F., 45.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Schede, M., 179.
Scheibe, A., 151. 154. 155.
Scheiber, S., 83.
Schenck 118.
Scherl, J., 114.
Scheube, Bodo, 219*.
Schimmelbusch, C., 230.
Schlange, H., 271.
Schlesinger, H., 8. 30. 31.
Schloesser 62. 63.
Schmaltz, Richard, 157. 161.
Schmid, G., 124.
Schmid, Hans, 61. 182.
Schmidt, Benno, 72.
Schmidt, Heinrich, 146.
Schmidt, Th., 125.
Schmitz, Richard, 21. 94. 95. 96. 104. 199. 204.
Schnée, Emil, 93. 104.
Schoonen 179.
Schotten, E., 157. 159. 259.
Schreiber, J., 29. 30. 157. 162.
Schuchardt, Bernhard, 93. 207.
Schüller, Max, 92. 201.
Schütz 96. 196.
Schultze, Fr., 83.
Schuster 92. 202.
Schwartz (Paris) 181.
Schwartz, W., 4.
Schwarz 63.
Schwarze (Berlin) 48.
Schweigger 95.
Schweinitz, E. G. de, 185.
Schweizer, S., 55.
Schwimmer, Ernest, 153.
Schwyzer, G., 266.
Sée, Germain, 92. 97. 98. 157. 159. 193. 208. 209.
Seegen, J., 93. 95. 98. 205.
Segall, B., 115.
Seiler, H., 183.
Senator, H., 144. 145. 257.
Sendler, Paul, 270. 272.
Seydel, C., 189.
Shapland, J., 165.
Shattuck, George B., 152.
Shaw 164.
Sick 87.
Siegert, Ferdinand, 233.
Siemens 28.
Sieveking 264.
Silvestri, E., 156.
Singer, G., 157. 160.
Sinkler, Wharton, 22.
Sjöqvist, John, 123.
Sippel, A., 172.
Sirtori 245.
Sisley, Richard, 147. 148.
Sittmann, G., 251. 253.
Smith, J. Barker, 94. 196.
Smyly, W., 50.
Snellen 61.
Sobieranski, W. von, 127.
Sokoloff, N. A., 60.
Solger, B., 115.
Sollier, Paul, 146.
Soltau-Fenwick 123. 157. 158.
Sommer 141.
Sonnenburg, E., 23. 178.
Sottas 243.
Souchay, Theod., 83.
Soupault 251. 254.
Souques, A., 88. 90.
Spallitta 7.
Spencer, M. H., 152.
Spiegler, Ed., 125.
Square, Elliot 73.
Stacklen 235.
Stadelmann, E., 95. 202. 203.
Stanowski 84.
Starck (Kiel) 176.
Stedman, Charles, 185.
Steffen, A., 176.
Stein, H., 255. 256.
Stembo, L., 142.
Stepp 251. 253.
Stern, Curt, 94.
Sterne, Albert E., 87.
Sternberg, Maxim., 277*.
Steven, John Lindsay, 94.
Stiller 255.
Stintzing, R., 145.
Stratz, C. H., 52.
Straus, I., 93. 105.
Strauss, H., 30. 32. 183.
Streng, W., 122.
Stricker, Franz, 147.
Stroebe, H., 226.
Strümpell, Adolf, 242.
Stubbe 123.
Stumpf Max, 147. 149.
Sutphen 185.

Talko 80.
Tannahill, Thomas, 147. 148.
Targett, J. H., 87.
Tatartscheff, Bojirad A. C., 84.
Tauszky, Franz, 18.
Taylor, J. Madison, 138.
Teleky, H., 92.
Terrier, Félix, 47. 177.
Thayer 157. 159.
Theobald 185.
Thiersch, Justus, 72.
Thiroloix 157. 162.
Thoma, R., 117.
Thomas, Joseph, 188. 189.
Thomson, Clair, 152.
Thomson, John, 165. 260.
Thornbury, F. J., 154. 155.
Thorner, Max, 56.
Toch, S., 54.
Tominga, K., 228.
Tommasoli, Pierleone, 41.
Topolanski, A., 273.
Tournay 175.
Townsend, Porter W., 227.
Traumann, H., 24.
Traversa, G., 20.
Trinkler 96.
Troje, Georg, 95. 96. 139. 205.
Tschlenoff 30. 32.
Tuffier 93. 200.
Turner, William, 144.

Uhthoff 61.
Ullmann, Karl, 126.
Unna, P. G., 262.

Valentino 94. 209.
Vallas 128.
Valude, E., 239.
Vandervelde 167.
Vanlair, C., 36.
Vas, Friedrich, 5.
Vergely 96. 200.
Vermehren, F., 39. 165.
Vermorel 157. 159.
Vierhuff, J., 255. 256.
Vierordt, Hermann, 274*.
Vogel, Ludwig, 21. 102.
Voges, O., 121.
Vogler, G., 13.
Voit, F., 255.

Waetzold 246.
Wagner (Dresden) 149.
Wagner, Konrad, 251. 253.
Waitz, H., 178.
Wallerstein 273.
Walter, O., 65.
Walthard 122.
Walthor, K., 8.
Warholm, R., 128.
Wassermann, A., 10.
Weber, Leonard, 91.
Wegele, C., 251.
Wehmer, R., 111*.
Weichselbaum, A., 154.
Weir, Robert F., 271.
Weisko, H., 188.
Weiss, L., 62.
Weller, E. R., 93. 209.
Wendriner, M., 93. 193.
Wernich, A., 112*.
Wertheim, Salomonsen, 94.
West, Samuel, 94. 202. 260.
Westphal, A., 24. 94.
Weyl, Theodor, 110*. 280*.
White, W. Hale, 24. 40.
Wickhoff, Max, 58.
Widal, Fernand, 94. 197.
Widiez, Georges, 87.
Wiener, Julius, 84.
Wiersma, E., 245.
Williams, J., 42. 44.
Winter, G., 171.
Wölfler, A., 268.
Wolf, Sidney, 169.
Wolff, Julius, 135. 147.
Wollenberg, Robert, 76. 77.
Wollny, R., 230.
Woltering 92. 206.
Wood, Horatio C., 84. 86.
Worms, Jules, 93. 206. 208. 209.
Wright, A. E., 95. 206.
Würzburg, A., 147.

Yeo, I. Burney, 152.
Yvert, A., 184.
Yvon 95. 193.

Zambelli 147. 149.
Zeller, A., 56.
Ziem, Constantin, 272.
Ziemssen, H. von, 93. 197. 203. 206.
Zinn sen. 28.
Zöller, A., 182.
Zörkendörfer 68.
Zülzer, W., 147.
Zuntz, N., 66.

Leipzig, Walter Wigand's Buchdruckerei.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

385. *Abel, R.* Ueber die antiseptische Kraft des Ichthyols. S. 240.
386. 1. *Lehmann, K. B.* Vorläufige Mittheilung über die Desinfektion von Kleidern, Lederwaaren, Bürsten und Büchern mit Formaldehyd (Formalin). — 2. *Carl Gegner.* Ueber einige Wirkungen des Formaldehyds. — 3. *F. Blum.* Das Formaldehyd als Antisepticum. S. 240.
387. *Kobert.* Ueber Argyrie in Vergleich zur Siderose. S. 240.
388. *Kóssa, Julius.* Ueber ein chemisches Gegenmittel bei Cyanvergiftungen. S. 241.
389. *Kelznack, T. N.* Tödtliche Vergiftung durch Benzin. S. 241.
390. *Buzzi e Galli-Valerio.* Ueber Heilung der Actinomykose durch Jodkalium. S. 241.

IV. *Neuropathologie und Psychiatrie.*

391. a. *Hoffmann, J.* Ueber chronische spinale Muskelatrophie im Kindesalter und auf familiärer Basis. — b. *A. Strümpell.* Zur Lehre von der progressiven Muskelatrophie. S. 242.
392. *Bernhardt, M.* Weiterer Beitrag zur Lehre von den hereditären und familiären Erkrankungen des Nervensystems. S. 243.
393. *Dejerine, J.*, u. *Sottas.* Ueber eine familiäre Form neuritischen Muskelschwundes. S. 243.
394. a. *Bernheim.* Ueber Poliomyelitis bei alter Kinderlähmung. — b. *Charles Grandon.* Ueber die Beziehung zwischen progressivem Muskelschwunde und spinaler Kinderlähmung. S. 244.
395. *Klippel, M.* Ueber Stillstand des Wachsthumes der Glieder nach Verletzungen im Kindesalter. S. 244.
396. Beobachtungen von Dystrophia muscularis progressiva. S. 244.
397. *Kahane, M.* Ueber neuromuskuläre Erkrankungen bei Polyarthritis rheumatica. S. 246.
398. *Waetzoldt.* Beitrag zur Lehre von der Polymyositis acuta (post partum). S. 246.
399. *Lewy, B.* Zur Lehre von der primären akuten Polymyositis. S. 246.
400. *Roth, Wladimir.* Ueber die Pathogenese der progressiven Muskelatrophie. S. 246.
401. *Goldscheider, A.* Ueber Poliomyelitis. S. 247.
402. *Kohnstamm, Oscar.* Bericht über die Schnittserienuntersuchung eines Falles von spinaler Kinderlähmung. S. 248.
403. *Asmus.* Ueber Syringomyelie. S. 248.
404. *Goldschmid, D.* Ein Fall von Syringomyelie. S. 248.
405. *Henschen, S. E.* Ueber Arsenikvergiftung. S. 248.
406. *Braun, H.* Ueber Drucklähmungen im Gebiete des Plexus brachialis. S. 249.
407. *Bernhardt, M.* Mittheilung eines Falles von isolirter peripherischer Lähmung des N. suprascapularis dexter. S. 249.
408. *Heim.* Ueber Tetanie bei Gastrektasie und die Erhöhung der mechanischen Erregbarkeit der Nerven. S. 249.
409. *Nicolajevic, D.* Ueber die Beziehung der Hysterie zur Tetanie. S. 249.
410. *Engelhardt, Aug.* Ueber Pharynxreflexe bei Normalen und Hysterischen. S. 250.
411. *Raxori, Carlo.* Beitrag zur Aetiologie und Pathogenese des Delirium acutum. S. 250.
412. *de Boeck.* Ueber inducirtes Irresein. S. 250.

V. *Innere Medicin.*

413. Neuere Arbeiten über Physiologie und Pathologie des Magens und des Darmes. (Zusammenstellung.) S. 251.
414. *Poli, V.* Ueber einen Fall von Wanderleber. S. 257.
415. *Leube, W.* Zur Lehre von der Wanderleber. S. 257.
416. *Pal, J.* Zur Lehre vom Ikterus bei Infektionskrankheiten. S. 257.
417. 1. *Senator, H.* Ueber atrophische und hypertrophische Lebercirrhosen. — 2. *N. Goluboff.* Ueber biliäre Lebercirrhose. S. 257.
418. 1. *Lichtheim.* Zur Diagnose der Pankreasatrophie durch Steinbildung. — 2. *W. Minnich.* Ein Fall von Pankreaskolik. S. 258.
419. *E. Gratwitz.* Anchylostomum duodenale. S. 258.
420. Ueber die Behandlung des Myxödems. S. 258.
421. *Bramwell, Byrom.* 1. Ueber Behandlung der Psoriasis mit Schilddrüsensaft. — 2. Verhandlung über Behandlung der Psoriasis. S. 260.
422. *Hölscher.* Ueber Beziehungen zwischen Asthma und Psoriasis. S. 261.
423. *Dubreuilh.* Ueber atrophische Alopecie. S. 261.
424. *Sabrazès.* Ueber die Favus-Parasiten. S. 261.
425. *Constantin* u. *Sabrazès.* Ueber die Favus-Pilze. S. 262.
426. *Neebe* u. *Unna.* Kritische Bemerkungen zum Pleomorphismus der Achorionarten. S. 262.
427. *Pawloff.* Zur Frage der sogenannten Psorospermose folliculaire végétante Darier. S. 262.
428. *Petersen, W.* Ueber die sogenannten „Psorospermien" der Darier'schen Krankheit. S. 262.

VI. *Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.*

429. *Mauclaire, P.* Ueber Molluscum pendulum der Vulva. S. 263.
430. *Neugebauer, F. L.* Zur Warnung beim Gebrauche von Scheidenpessarien. S. 263.
431. *v. Meyer, Edward.* Casuistischer Beitrag zur operativen Behandlung der in Folge von Gynatresien auftretenden Hämatosalpinx mit besonderer Berücksichtigung der Salpingotomie. S. 263.
432. *Pozzi, S.* Neue Operation bei angeborener Stenose des äusseren Muttermundes. S. 264.
433. *Gebhard, C.* Klinische Betrachtungen und bakteriologische Untersuchungen über Tympania uteri. S. 264.
434. *Sieveking.* Ein Fall von Teratom des linken Ovariums mit intraabdominaler Darmwandeinklemmung und Bildung einer Kothfistel. S. 264.
435. *Doranth, Karl.* Ein Fall von Teratoma ovarii bei einem $3^3/_4$ Jahre alten Mädchen. S. 264.
436. *Audain, Léon.* Ueber Ovariencysten bei hermaphroditischer Bildung. S. 265.
437. *Emanuel, R.* Ueber maligne Ovarialtumoren mit Bildung von Primordialeiern. S. 265.
438. *Bachmann, G.* Ueber den Mechanismus der Axendrehung bei Ovarialgeschwülsten. S. 265.
439. *Fabre, J.* Ueber Sekundärnaht der Drain-Stelle bei Laparotomie. S. 266.
440. *Ratchinsky, N.* Ueber die Bauchnaht bei der Laparotomie. S. 266.
441. *Kessler, L.* Gegenwärtiger Stand der Frage bezüglich der inneren Untersuchung inter partum. S. 266.
442. *Lefour, R.* Ueber Tod der Frucht durch Nabelschnurknoten. S. 266.
443. *Schwyzer, G.* Ueber einen Fall von Geburtshinderniss, bedingt durch hochgradige Erweiterung der fötalen Harnblase. S. 266.
444. *Boeckh, G.* Ueber Zwergbecken. S. 267.
445. *Ries, Emil.* Ueber die Atrophie des Uterus nach puerperaler Erkrankung. S. 267.
446. *Frees, G.* Ein Fall von akuter Nephritis beim Neugebornen. S. 267.
447. *Lichtenstein, D. A.* Ueber die Geschmacksempfindung gesunder und rhachitischer Kinder. S. 267.
448. *Rüdel, G.* 1. Ueber die Resorption und Ausscheidung des Kalkes. — 2. Ueber die Resorption und Ausscheidung von Kalksalzen bei rhachitischen Kindern. S. 267.
449. *Müller, Sigfried.* Periosteale Aplasie mit Osteopsathyrosis unter dem Bilde der sogenannten fötalen Rhachitis. S. 268.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

450. *Miller, N.* Ein Fall von Ascaris bei einem dreiwöchentlichen Kinde. S. 268.
451. *Epstein, A.* Beobachtungen über Monocercomonas hominis (Grassi) und Amoeba coli (Loesch) bei Kinder-Diarrhöen. S. 268.

VII. *Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.*

452. *Köhler, A.* Bericht über die chirurgische Klinik des Geheimrath von Bardeleben für die Zeit vom 1. April 1891 bis 31. März 1892. S. 268.
453. *Wölfler.* Ueber die moderne Wundbehandlung mit besonderer Rücksicht auf complicirte Frakturen. S. 268.
454. *Nicaise, E.* Ueber die Abführmittel bei Verwundungen und vor Operationen. S. 269.
455. *Poulsen, Chr.* Ueber Abscesse am Halse. S. 269.
456. *Brousses, J.*, u. *J. Brault.* Ueber eine eigenthümliche Phegmone am Halse. S. 269.
457. *Poncet, A.* Ueber Schwellung der Drüsen oberhalb des Schlüsselbeins bei Hodenkrebs. S. 270.
458. *Preobraschensky, S. S.* Ueber Fremdkörper in den Athmungswegen. S. 270.
459. *Sendler, Paul.* Zur chirurgischen Behandlung der Perityphlitis. S. 270.
460. *Murphy, B.* Ueber Darmanastomosenbildung. S. 270.
461. *Butz.* Zur Gastroenterostomie mittelst Kohlrübenplatten. S. 271.
462. *Franks, Kendal.* Ueber 3 Fälle von Enterektomie. S. 271.
463. *Weir, Robert F.* Ueber Darmanastomose bei Krebs. S. 271.
464. *Schlange, H.* Ueber einige Darmresektionen. S. 271.
465. *Levy, William.* Ueber Mastdarmresektion mit quere Durchtrennung des Kreuzbeins. S. 271.
466. *Nicaise, E.* Ueber Naht des Sphinkter bei Operation der Mastdarmfistel. S. 272.
467. *Lange, F.* Zur operativen Behandlung der Hämorrhoiden. S. 272.
468. *Ziem, C.* Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten. S. 272.
469. *Lieven.* Ueber die Beziehungen zwischen Erkrankungen der Nase und des Auges. S. 272.
470. *Baas.* Ueber einige seltenere Erkrankungen des Thränen-Apparates. S. 272.
471. *Partsch.* Aktinomykose der Augenlider. S. 273.
472. *Wallerstein.* Ein Fall von Blepharospasmus beider Augen. S. 273.
473. *Bloch, S.* Ein Fall von Leukosarkom der Conjunctiva. S. 273.
474. *Kamocki.* Ein Fall von Fettentartung der Hornhaut mit intermittirenden Reizerscheinungen. S. 273.
475. *Topolanski, A.* Die Aetiologie der bandförmigen Hornhauttrübung. S. 273.
476. *Reche.* An welcher Stelle soll man die optische Iridektomie machen? S. 273.

B. Bücheranzeigen.

26. *Vierordt, Hermann.* Anatomische, physiologische und physikalische Daten und Tabellen. S. 274.
27. *Oestreich, R.* Compendium der Physiologie des Menschen. S. 274.
28. *Gerdes, E.* Grundriss der pathologischen Anatomie. S. 274.
29. *v. Kahlden, C.* Technik der histologischen Untersuchung pathologisch-anatomischer Präparate. S. 274.
30. *Rosenheim, Theodor.* Pathologie und Therapie der Krankheiten des Verdauungsapparates mit besonderer Berücksichtigung der Diätetik. S. 274.
31. *v. Leube, W.* Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. S. 275.
32. *Freud, Sigm.* Zur Kenntniss der cerebralen Diplegien des Kindesalters. S. 276.
33. *Sternberg, Maxim.* Die Sehnenreflexe und ihre Bedeutung für die Pathologie des Nervensystems. S. 277.
34. *Koenig, Franz.* Lehrbuch der speciellen Chirurgie für Aerzte und Studirende. S. 278.
35. *Merkel, Fr.* Handbuch der topographischen Anatomie. S. 278.
36. *Hildebrand, Otto.* Grundriss der chirurgisch-topographischen Anatomie mit Einschluss der Untersuchungen am Lebenden. S. 278.
37. *Hoffa, Albert.* Technik der Massage. S. 279.
38. *von Fodor, Josef.* Hygiene des Bodens. S. 279.
39. *Weyl, Th.* Die Einwirkung hygienischer Werke auf die Gesundheit der Städte mit besonderer Rücksicht auf Berlin. S. 280.
40. *Finlayson, James.* Ancient Egyptian medicine. S. 280.

C. Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes. S. 281.

Sach- und Namenregister. S. 349.

Berichtigung.

In dem Referate über die Arbeit von Dr. Czerny (Jahrbb. CCXLI. p. 54) muss es heissen (Zeile 4 von unten) „wenn sie nicht bewegt wird. Die Milch steht aber im Magen ruhig, wenn seine motorische Thätigkeit eine geringe, d. h. wenn er dauernd belastet ist".

Um Einsendung von Sonder-Abzügen, Dissertationen etc. wird ergebenst gebeten. Alle Sendungen wolle man an die Expedition, Leipzig, Rossplatz 3, adressiren.

Für die Redaktion verantwortlich: *Dr. P. J. Möbius* und *Dr. H. Dippe.* — Druck von Walter Wigand in Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

THE
LIBRARY
CHICAGO

SCHMIDT'S
JAHRBÜCHER
DER
IN- UND AUSLÄNDISCHEN
GESAMMTEN MEDICIN.

UNTER MITWIRKUNG VON

Prof. Dr. A. WINTER

REDIGIRT VON

Dr. P. J. MÖBIUS und Dr. H. DIPPE

IN LEIPZIG.

Band 242.

JAHRGANG 1894. — Nr. 4.

LEIPZIG 1894.

VERLAG VON OTTO WIGAND.

Inhalt.

A. Auszüge.

Medicinische Physik, Chemie u. Botanik. Nr. 1—7.	Innere Medicin. Nr. 93—124.
Anatomie u. Physiologie. Nr. 8—14.	Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde. Nr. 125—150.
Allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie. Nr. 15—33.	Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde. Nr. 151—199.
Pharmakologie u. Toxikologie. Nr. 34—51. [92.	Hygieine u. Staatsarzneikunde. Nr. 200—209.
Neuropathologie u. Psychiatrie. Nr. 52—	Medicin im Allgemeinen.

B. Originalabhandlungen u. Uebersichten. Nr. III. S. 73. Nr. IV. S. 83.

C. Bücheranzeigen. Nr. 1—11.

Berichte der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig. S. 110.

Ausgegeben den 15. April 1894.

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CHICAGO

Inhalt.

A. Auszüge.

I. *Medicinische Physik, Chemie und Botanik.*

1. *Kelling, Georg.* Ueber Rhodan im Mageninhalt, zugleich ein Beitrag zum Uffelmann'schen Milchsäure-Reagens und zur Prüfung auf Fettsäure. S. 3.
2. *Mörner, K. A. H.* Reducirende Substanz aus dem Globulin des Blutserums. S. 3.
3. *Lilienfeld, Leon.* Zur Chemie der Leukocyten. S. 3.
4. *Schwarz, Hugo.* Untersuchungen über die chemische Beschaffenheit der elastischen Substanz der Aorta. S. 4.
5. *Schwalbach, Georg.* Ueber die chemische Zusammensetzung des Lipoms. S. 4.
6. 1) *Popoff, P. M.* Ueber die Einwirkung von eiweissverdauenden Fermenten auf die Nucleinstoffe. — 2) *Gumlich.* Ueber die Aufnahme der Nucleine in den thierischen Organismus. S. 4.
7. *Heffter, A.* Beiträge zur Chemie des quergestreiften Muskels mit Berücksichtigung der Todtenstarre und einiger Vergiftungen. S. 4.

II. *Anatomie und Physiologie.*

8. *Hertwig, O.* Ueber den Werth der ersten Furchungszellen für die Organbildung des Embryo. S. 5.
9. *Andriezen, W. Lloyd.* Ueber die Neuroglia in der Nähe der Blutgefässe des Gehirns. S. 6.
10. *Sclavunos, G.* Ueber die feineren Nerven und ihre Endigungen in den männlichen Genitalien. S. 6.
11. *Dogiel, A. S.* Die Nervenendigungen in der Thränendrüse der Säugethiere. S. 6.
12. *Manasse, O.* Ueber die Beziehungen der Nebennieren zu den Venen u. dem venösen Kreislauf. S. 6.
13. *Hamburger, H. J.* Untersuchungen über die Lymphbildung, insbesondere bei Muskelarbeit. S. 7.
14. *Fayel.* Ueber Erfahrungen an Hingerichteten. S. 7.

III. *Allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie.*

15. *Müller, Kurt.* Ueber akute Osteomyelitis. S. 8.
16. *Babes, V.*, u. *G. Broca.* 4 Fälle von hämorrhagischer Sepsis. S. 8. [S. 8.
17. *Harris, Butler.* Ueber einen neuen Mikroorganismus.
18. *Huber, A.* Zur Aetiologie der Cystitis. S. 8.
19. *Heyse.* Ueber Pneumaturie, hervorgerufen durch Bacterium lactis aërogenes und über pathologische Gasbildung im thierischen Organismus. S. 9.
20. *Ewald, C. A.*, u. *J. Jacobson.* Ueber ptomainartige Körper im Harn bei chronischen Krankheitsprocessen. S. 10.
21. *Albu, Albert.* Ueber die Darstellung von Toxinen aus dem Harn bei akuten Infektionskrankheiten. S. 10.
22. *Tarnier* u. *Chambrelent.* Ueber die Giftigkeit des Blutserum bei puerperaler Eklampsie. S. 10.
23. *Faber, Knud.* Ueber die Rolle der Riesenzellen bei der Phagocytosis. S. 10.
24. *Aschoff, L.* Ueber capilläre Embolie von riesenkernhaltigen Zellen. S. 11. [S. 11.
25. *Cassaet, E.* Ueber die Aufsaugung fester Körper.
26. *Reinbach, G.* Ueber das Verhalten der Leukocyten bei malignen Tumoren. S. 11.
27. *Unna.* Naevi und Naevocarcinome. S. 12.
28. *Grun, L.* Ueber Naevi pigmentosi und deren Beziehung zum Melanosarkom. S. 12.
29. *Siegert, F.* Zur Histiogenese des primären Lungenkrebses. S. 12. [Eierstöcke. S. 13.
30. *Popoff, D. D.* Zur pathologischen Anatomie der
31. *Gottschalk, S.* Ueber die Histogenese u. Aetiologie der Uterusmyome. S. 13.
32. *van Tussenbroek, Catharine.* Die Decidua uterina bei ektopischer Schwangerschaft, in Bezug auf die normale Entwickelung von Placenta und Eihäuten betrachtet. S. 14.
33. 1) *Rabe, Alexander.* Die modernen Fiebertheorien. — 2) *Arnold Hiller.* Entwurf einer Theorie über das Wesen u. die Erscheinungen des Fiebers. S. 15.

IV. *Pharmakologie und Toxikologie.*

34. 1) *Schmiedeberg, O.* Ueber das Ferratin und seine diätetische und therapeutische Anwendung. — 2) *M. Banholzer.* Beobachtungen über die therapeutischen Erfolge des Ferratins. S. 16.
35. *Schilling, F.* Ueber antagonistische Ausgleichung der Nebenwirkung einiger Arzneimittel. S. 16.
36. *Vulpius, Oscar.* Kritische Bemerkungen u. praktische Erfahrungen über das Antidiphtherin Klebs. S. 16.
37. *Kühne, W.* Erfahrungen über Albumosen und Peptone. S. 16.
38. *Wittzack, Hermann.* Notiz über das Lycetol (Dimethyl. piperazinum tartaricum), ein harnsäurelösendes Mittel. S. 16.
39. *Sklodowski, J.* Ueber die diuretische Wirkung des Calomels in Nierenkrankheiten. S. 17.
40. *Pawiński, Joseph.* Ueber die harntreibende Wirkung des Diuretin. S. 17.
41. *Bronowski, S.* Copaivabalsam als Diureticum. S. 17.
42. *Pfoff, Franz.* Vergleichende Untersuchungen über die diuretische Wirkung der Digitalis und des Digitalins an Menschen und Thieren. S. 17.
43. *Rummo, G.* Ueber die Wirkung der Jodverbindungen des Coffeins, Theins und Theobromins. S. 18.
44. *Stolzenburg.* Ueber die äussere Anwendung von Guajakol bei fieberhaften Erkrankungen. S. 18.
45. *Robillard.* Ueber fieberwidrige Wirkung des Guajakol bei äusserer Anwendung. S. 18. [S. 18.
46. *Harnack, Erich*, u. *H. Meyer.* Das Amylenhydrat.
47. *Pasqualis, G.*, u. *G. Opocher.* Ueber die Nitrite bei der Cholera. S. 19.
48. *Becker, E.* Zur Lehre von den nervösen Nachkrankheiten der Kohlenoxydvergiftung. S. 20.
49. *Rumbold, A.* Ueber akute Carbol-Intoxikation. S. 20.
50. 1) *Schultze, E.* Hämatoporphyrin im Harn nach Trional. — 2) *B. Stern.* Ueber Nierenveränderungen bei Sulfonalvergiftung. S. 20. [giftung. S. 20.
51. *Ebstein, Wilhelm.* Ein Fall von chronischer Bleiver-

V. *Neuropathologie und Psychiatrie.*

52. *Magnus.* Ein Fall von Rindenblindheit. S. 21.
53. *Kupferberg, Heinz.* Ein unter dem Bilde eines Gehirntumor verlaufender Fall von chronischem idiopathischen Hydrocephalus internus, complicirt mit symptomloser Syringomyelie. S. 21. [S. 22.
54. *Patru, Ch.* Ueber Encephalitis acuta haemorrhagica.
55. *Bourneville* u. *P. Sollier.* Fall von Idiotie und Epilepsie bei Tumor der Corpp. mammillaria. S. 22.
56. *Goldflam, S.* Ueber einen scheinbar heilbaren bulbärparalytischen Symptomencomplex mit Betheiligung der Extremitäten. S. 22.
57. *Le Boeuf.* Pachymeningitis cervicalis hypertrophica syphilitica. S. 22.
58. *Dazenberger, Hans.* Ueber einen Fall von chronischer Compression des Halsmarks mit besonderer Berücksichtigung der sekundären absteigenden Degenerationen. S. 23. [S. 23.
59. *Ross, W.* Ueber einen Fall von Sarkom des Halsmarkes.
60. *Kisgen.* Ueber eine Complikation von Myelitis dorsalis mit intermittirender nervöser Taubheit. S. 23.
61. *Albu, Albert.* Zur Aetiologie der Paralysis ascendens acuta, nebst Bemerkungen zur Theorie der infektiösen Erkrankungen des Centralnervensystems. S. 24.
62. *Hochhaus, Heinrich.* Ueber combinirte Systemerkrankung des Rückenmarks. S. 24.
63. *Dinkler, M.* Hinterstrangsklerose und Degeneration der grauen Vordersäulen des Rückenmarks. S. 24.
64. *Schultze, Fr.* Sklerodermie an den gelähmten Gliedmaassen bei Myelitis dorsalis. S. 25.
65. *Bruns, Ludwig.* Ueber einen Fall totaler traumatischer Zerstörung des Rückenmarkes an der Grenze zwischen Hals- und Dorsalmark. S. 25.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

INTELLIGENZBLATT

zu den

Jahrbüchern der in- und ausländischen gesammten Medicin.

№ 4.] Insertionsgebühren werden mit 30 Pf. für die gespaltene Petitzeile berechnet. Schriften für das medicinische Publikum dürften nur durch unsere Jahrbücher am schnellsten und erfolgreichsten bekannt gemacht werden. [1894.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:

Archiv für Laryngologie und Rhinologie

herausgegeben

von Prof. Dr. **B. Fraenkel.**

I. Band. 3. Heft.

gr. 8. Mit Abbildungen. 4 Mark.

Bad Köstritz.

Station: Linie Leipzig-Probstzella.

Trockene warme Sandbäder, Massage, Sool-, Fichtennadel- und andere Bäder. Ausgezeichnete Erfolge bei **Rheumatismus, Gicht, Nierenleiden, Exsudaten.** **Eröffnung 1. Mai.**

Prospekte gratis und franko durch die Direktion.

Verlag von F. C. W. VOGEL in LEIPZIG.

Soeben erschien:

Dr. A. Strümpell's Lehrbuch

der

Speciellen Pathologie u. Therapie

der

inneren Krankheiten.

8. neu bearbeitete Auflage.

I. Band.

Mit 38 Abbildungen. gr. 8. 1894. Preis 12 M., geb. 14 M.

Die

Perniciöse Malaria

in

Deutsch-Ostafrika

von

Dr. E. Steudel,

Stabsarzt im Infant.-Reg. Kaiser Friedrich, König von Preussen (7. Württ.) No. 125, früher Oberarzt in der Kaiserl. Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika.

Mit 1 Curventafel. gr. 8. 1894. Preis 2 Mk.

Vinum sagradae genuinum „Liebe".

Wohlschmeckendes Fluidextract der Cascara sagrada von 1,15 spec. Gewicht mit 42% Extractivstoffen, (1 cbcm = 1 g Rinde) veranlasst **ohne Beschwerden oder Nachtheile** vermehrte Peristaltik, wobei **normale, breiige,** seltener **flüssige Stühle** eintreten, regelt die Verdauung **langdauernd,** ist haltbar und länger **verwendbar.**

Liebe's Sagradawein wird unter **Anmassung des Namens „Sagradawein"** nachgeahmt; man beliebe daher ausdrücklich „Liebe's" zu ordiniren. Flaschen zu 200, 350 und 800 g in **den Apotheken.**

44 Medaillen und Ehrendiplome. **J. Paul Liebe, Dresden.**

Verlag von **Otto Wigand** in **Leipzig.**

Bericht

über die

Leistungen in der Ohrenheilkunde

während der Jahre 1890 und 1891.

Von

Dr. Louis Blau

Specialarzt für Ohrenkrankheiten in Berlin.

Preis 4 Mark.

Soeben beginnt der

136. Band

vom

Archiv für pathologische Anatomie

und

Physiologie und für klinische Medicin

herausgegeben von

Rudolf Virchow.

Preis pro Band (3 Hefte) 12 Mk.

Man abonnirt in allen Buchhandlungen u. Postanstalten.

Verlag von **Georg Reimer** in Berlin.

Verlag von **Otto Wigand** in **Leipzig.**

Thales erwacht!

Eine Erklärung des Wesens der Naturkräfte.

Von

J. A. Staehely.

Eleg. cart. gr. 8. Preis 2 Mark.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO



Bestes diätetisches und Erfrischungs-Getränk,
bewährt in allen Krankheiten der **Athmungs-** und **Verdauungsorgane,** bei **Gicht, Magen-** und **Blasenkatarrh.**
Vorzüglich für Kinder und Reconvalescenten.

Kur- und Wasserheil-Anstalt
Giesshübl-Puchstein
bei Karlsbad.
Ursprungsort von Mattoni's Giesshübler Sauerbrunn.

Heinrich Mattoni, Karlsbad, Wien, Franzensbad, Budapest.

Verlag von **Gustav Fischer** in **Jena.**

Soeben erschien:

Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten

in sechs Bänden
herausgegeben von
Dr. F. Penzoldt, und **Dr. R. Stintzing,**
Professor in Erlangen. Professor in Jena.

Erste und zweite Lieferung.

Das Handbuch erscheint in Lieferungen von mindestens 10 Bogen zum Preise von 3 Mark, wird den Preis von Mark 80,— keinesfalls übersteigen und soll im Frühjahr 1895 fertig vorliegen.

Lieferung 1 und 2 sowie ausführliche Rundschreiben können durch jede Buchhandlung vorgelegt werden.

Vor kurzem gelangten zur Ausgabe:

Glax, Dr. Julius, Professor, k. k. Regierungsrat und dirigierender Arzt in Abbazia, **Ueber die Wasserretention im Fieber.** Ein Beitrag zur Frage über die Bedeutung der Wasserzufuhr und der Auswaschung des menschlichen Organismus in Infektionskrankheiten. Mit 53 Abbildungen im Text. Preis M. 4.—.

von Heider, Dr. med. A. R., Dozent für Zoologie, **Die Zoologie in der Medicin.** Preis Mk. 1,50.

Klemensiewicz, Rudolf, o. ö. Professor der allg. u. experim. Pathologie und Therapie in Graz, **Ueber Entzündung und Eiterung.** Histologische Untersuchung an der Amphibienhornhaut. Mit 4 lithogr. Tafeln. Preis Mk. 6.50.

Kraepelin, Dr. Emil, Professor der Psychiatrie in Heidelberg, **Ueber geistige Arbeit.** 1894. Preis Mk. —.60.

Roese, Dr. med. C., Dozent f. Zahnheilkunde a. d. Univ. Freiburg i. Br., **Ueber Kieferbrüche und Kieferverbände.** Mit 56 Abbildungen im Text. 1894. Preis M. 2.—.

Scheube, Dr. B., Fürstl. Physikus und Sanitätsrat in Greiz, früher Professor an der Medizinschule in Kioto (Japan), **Die Beriberi-Krankheit.** Eine geographisch-medinicische Studie. Mit 2 lithographischen Tafeln und einer geographischen Karte. 1894. Preis Mk. 9.—.

Weismann, Dr. August, Professor der Zoologie an der Universität Freiburg i. Br., **Die Allmacht der Naturzüchtung.** Eine Erwiderung an Herbert Spencer. 1893. Preis Mk. 2.—.

Weyl, Dr. Th., Schriftführer der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege in Berlin, **Die Einwirkung hygienischer Werke** auf die Gesundheit der Städte mit besonderer Rücksicht auf Berlin. 1894. Preis 2 Mk.

Zoth, Dr. Oskar, Privatdozent und Assistent am Physiologischen Institute zu Graz, **Zwei Methoden zur photographischen Untersuchung der Herzbewegung von Kaltblütern.** Mit einer lithographischen und einer Lichtdruck-Tafel. 1893. Preis Mk. 3.50.

Im Verlage von **Otto Wigand** in **Leipzig** erschien soeben die **erste Lieferung** von:

Ritters geographisch-statistisches Lexikon

über die Erdteile, Länder, Meere, Buchten, Häfen, Seeen, Flüsse, Inseln, Gebirge, Staaten, Städte, Flecken, Dörfer, Weiler, Bäder, Bergwerke, Kanäle etc.
Ein Nachschlagewerk über jeden geographischen Namen der Erde von irgend welcher Bedeutung für den Weltverkehr.
Achte, vollständig umgearbeitete, vermehrte und verbesserte **Auflage.**
Unter der Redaktion von **Johs. Penzler.**
Erscheint in ca. 33 Lieferungen à 1 Mark. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

SCHMIDT'S JAHRBÜCHER

DER

IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMMTEN MEDICIN.

UNTER MITWIRKUNG VON

PROF. DR. ADOLF WINTER

REDIGIRT

VON

DR. P. J. MÖBIUS UND DR. H. DIPPE
ZU LEIPZIG.

JAHRGANG 1894.

ZWEIHUNDERTUNDZWEIUNDVIERZIGSTER BAND.

LEIPZIG, 1894.
VERLAG VON OTTO WIGAND.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

THE
JOHN CREAR
LIBRARY

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CHICAGO

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 242. 1894. № 1.

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

1. **Ueber Rhodan im Mageninhalt, zugleich ein Beitrag zum Uffelmann'schen Milchsäure-Reagens und zur Prüfung auf Fettsäure**; von Dr. Georg Kelling. (Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 5 u. 6. p. 397. 1893.)

In einem Mageninhalt, der trotz unzweifelhafter Anwesenheit von Milchsäure die Uffelmann'sche Reaktion nicht erkennen liess, wurde Rhodan als derjenige Körper nachgewiesen, welcher, durch seine Braunfärbung mit Eisenchlorid, die Reaktion verdeckte. Man kann diese Täuschung vermeiden, wenn man etwas Sublimatlösung hinzusetzt, da Rhodan mit Quecksilberchlorid eine feste, ungefärbte Verbindung eingeht.

K. hat dann im Mageninhalt der verschiedensten Leute Rhodan nachweisen können. Es stammt höchst wahrscheinlich aus dem verschluckten Speichel.

Die Fehlerquellen, welche bei der Uffelmann'schen Reaktion durch das Vorhandensein gewisser Substanzen (Phosphorsäure, Salzsäure, fette Säuren, Alkohol, Dextrose, Maltose, Kohlensäure, Rhodan) bedingt sind, lassen sich durch vorherige starke Verdünnung des Mageninhaltes beseitigen.

Der Nachweis von fetten Säuren lässt sich besser und bequemer als durch Aetherausschüttelung folgendermaassen führen:

Mageninhalt wird mit Ueberschuss von gepulvertem Barythydrat versetzt, vom Baryumphosphat und -carbonat, abfiltrirt. Das Filtrat wird mit concentrirter Salpetersäure deutlich angesäuert, zum Kochen erwärmt und mit Zinkoxyd neutralisirt. Mit dem dann erhaltenen Filtrat stellt man die Probe mit Eisenchloridlösung (5%) an. Zunächst erhält man bei 1—2 Tropfen oft die auf Milchsäure deutende grünlichgelbe Färbung. Giebt die Flüssigkeit durch weiteren Zusatz des Reagens Braunfärbung, so kann diese durch Rhodan oder fette Säuren bedingt sein. Man fügt tropfenweise verdünnte Salzsäure hinzu — bezog sich die Braunfärbung nur auf fette Säuren, so verschwindet sie; die Rhodanreaktion verschwindet dann bei Zusatz von Sublimat. V. Lehmann (Berlin).

2. **Reducirende Substanz aus dem Globulin des Blutserums**; von K. A. H. Mörner. (Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 20. 1893).

Das Serumglobulin des Pferdeblutserum, sowohl frisch gefällt, als auch nach Erschöpfung mit Alkohol und Aether, sowie im coagulirten Zustande, spaltet beim Erwärmen mit Salzsäure eine Substanz ab, welche alkalische Kupferlösung reducirt. Ebenso verhielt sich Globulin aus Menschenblutserum und aus nephritischem Harne.

Durch Erhitzen des Globulins mit Wasser erhält man eine gummiähnliche, nicht reducirende Substanz, welche ebenfalls nach Erwärmen mit Salzsäure alkalische Kupferlösung reducirt. Aus dieser gummiähnlichen Substanz, sowie aus dem Globulin selbst konnten Krystalle einer Phenylhydrazinverbindung dargestellt werden.

Das Serumglobulin würde sich also den in letzter Zeit mehrfach beschriebenen Mucoiden und Proteiden anschliessen. V. Lehmann (Berlin).

3. **Zur Chemie der Leukocyten**; von Leon Lilienfeld. (Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 5 u. 6. p. 473. 1893.)

Aus den isolirten Leukocyten der Thymusdrüse gewann L. einen Eiweissstoff, der bei 73—75°, einen anderen, der bei 48° coagulirt, ein dem Ichthulin ähnliches Nucleoproteid, Protagon, Amidovaleriansäure, Inosit, Fette, Lecithin, Cholesterin, Glykogen, Nucleinbasen und (quantitativ am bedeutendsten) das Nucleohiston. Ueber Zusammensetzung und Eigenschaften des letzteren spricht L. ausführlich. V. Lehmann (Berlin).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

4. **Untersuchungen über die chemische Beschaffenheit der elastischen Substanz der Aorta**; von Hugo Schwarz. (Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 5 u. 6. p. 487. 1893.)

Das Elastin war bisher nur aus dem Nackenbande des Rindes dargestellt. S. stellte das Elastin aus dem elastischen Gewebe der Gefässe dar und untersuchte es. Er fand, dass dies Elastin mit dem aus dem Nackenbande dargestellten identisch ist. Entgegen der allgemeinen Annahme enthält es Schwefel, der indess durch Kochen mit Kalilauge abspaltbar ist. Durch die Wirkung überhitzten Wasserdampfes bildet sich aus dem Elastin Hemielastin und Elastinpepton (oder nach Kühne's Bezeichnung, Protoelastose und Deuteroelastose). Kochen mit Salzsäure liefert Ammoniak, Schwefelwasserstoff, Glykocoll, Leucin, Tyrosin, homologe Benzoësäuren, Lysatinin. Schmelzen mit Kali liefert Indol, Scatol, Benzol, Phenole.

V. Lehmann (Berlin).

5. **Ueber die chemische Zusammensetzung des Lipoms.** Nach Versuchen von Cand. med. Georg Schwalbach; mitgetheilt von Oscar Schulz. (Arch. f. d. ges. Physiol. LV. 5 u. 6. p. 231. 1893.)

Die Untersuchung eines ausserordentlich grossen, retroperitonäalen Lipoms ergab einen Gehalt von 75.75% Fett, 2.25% Bindegewebe, 22.0% Wasser. Das Fett enthielt 7.31% freie Fettsäuren und 92.69% Neutralfette.

Die gesammten Fettsäuren bestanden aus 65.57% Oelsäure, 29.84% Stearinsäure, 4.59% Palmitinsäure. Cholestearin war in geringer, nur qualitativ nachweisbarer Menge vorhanden.

Aus dem Bindegewebe wurden nach Schmiedeberg's Methode geringe Mengen eines Körpers erhalten, welcher beim Erhitzen mit verdünnter Schwefelsäure ein Kupferoxyd reducirendes Spaltungsprodukt lieferte (Chondroitinsubstanz).

V. Lehmann (Berlin).

6. **1) Ueber die Einwirkung von eiweissverdauenden Fermenten auf die Nucleinstoffe**; von Dr. med. P. M. Popoff. (Ztschr. f. physiol. Chemie XVIII. 5 u. 6. p. 533. 1893.)

2) Ueber die Aufnahme der Nucleine in den thierischen Organismus; von Dr. Gumlich. (Ebenda p. 508.)

Die Nucleinstoffe spielen besonders beim Aufbau der Gewebe eine grosse Rolle. Ob sich aber die Nucleinsäure im Körper erst aus den verschiedenen Componenten bilden muss, oder auch bei Zuführung von aussen als solche verwendet werden kann, war noch nicht bekannt. Falls die Nucleinsäure als solche zur Resorption gelangen soll, muss sie unzersetzt in den Verdauungsflüssigkeiten löslich sein.

Nach P.'s Untersuchungen sind nun die Nucleinstoffe nur unbedeutend im Magensaft, dagegen beträchtlich bei der Pankreasverdauung löslich. Die Bedingungen zu einer Resorption unzersetzter Nucleine sind also vorhanden.

G. hat das Verhalten der Nucleinsäure im Organismus (am Hunde) untersucht. Harnsäure, deren Entstehung man vermuthen konnte, bildet sich bei Eingabe von Nucleinsäure nicht [d. h. die Menge der *ausgeschiedenen* Harnsäure ist nicht vermehrt, woraus noch nicht ohne Weiteres auf die Menge der *gebildeten* geschlossen werden darf. Ref.]. Die Versuche ergeben hauptsächlich deutliche Vermehrung der Phosphorsäureausscheidung nach Aufnahme der Nucleinsäure.

V. Lehmann (Berlin).

7. **Beiträge zur Chemie des quergestreiften Muskels mit Berücksichtigung der Todtenstarre und einiger Vergiftungen**; von Dr. A. Heffter. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXI. 4 u. 5. p. 225. 1893.)

Die Reaktion des quergestreiften Muskels ist, soweit sich dies aus dem alkoholischen Extrakt der zuvor zerquetschten Muskeln beurtheilen lässt, schon beim *frischen, ruhenden Muskel sauer*, und zwar war die Acidität gegen Phenolphtaleïn doppelt so stark wie gegen Rosolsäure; bei der Todtenstarre wird, wie nach der Zunahme der Acidität des alkoholischen Muskelauszugs zu schliessen, eine kleine Menge in Alkohol löslicher saurer Substanz gebildet. Aus frischen wie auch aus starren Katzenmuskeln konnte stets die freie Milchsäure in Form ihres Zinksalzes in wägbaren Mengen isolirt werden. Weder die freie noch die gebundene Milchsäure nimmt durch die Todtenstarre zu. Die Milchsäurebildung findet also nur im lebenden Muskel statt, aber die Milchsäure reichte bei Weitem nicht hin, um die in der alkalisch reagirenden Asche des alkoholischen Muskelextraktes gefundene Kaliummenge zu binden, ferner stammt die in der Asche gefundene Phosphorsäure zu 94% aus dem Lecithin und die Schwefelsäure aus dem Taurin. Es müssen daher im Muskel ausser der Milchsäure noch andere organische Säuren vorhanden sein, deren Salze in Alkohol löslich sind.

Die Milchsäure ist in dem Muskel hungernder Thiere zumal bei längerer Inanition sehr bedeutend vermindert.

Ueber den Einfluss von Vergiftungen auf den Milchsäuregehalt des Muskels ermittelte H. für das Cinchonin, welches zur Erzeugung von Krämpfen längerer Dauer weit geeigneter ist als das Strychnin, dass die freie und die gesammte Milchsäure, auf eine fast ebenso niedrige Stufe herabgedrückt war, wie beim Hunger. Eine entsprechende Verminderung hatte auch der Aschegehalt des Alkoholauszugs erfahren. Ebenso wurde durch *Kohlenoxydvergiftung*, durch die direkte Beeinträchtigung der zelligen Elemente, welche der *Phosphor* bewirkt, ferner durch die Aufhebung des chemischen Tonus in Folge der *Curareeinwirkung* die freie und

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

die gebundene Milchsäure im Muskel vermindert. Es ist noch unentschieden, ob es sich hierbei blos um eine vermehrte Abgabe der Milchsäure an das Blut oder um eine verringerte, bezw. aufgehobene Bildung im Muskel handelt. Bezüglich des Arseniks war eine Wirkung auf den Milchsäuregehalt des Muskels nicht sicher festzustellen.

H. Dreser (Bonn).

II. Anatomie und Physiologie.

8. **Ueber den Werth der ersten Furchungszellen für die Organbildung des Embryo**; von O. Hertwig. (Arch. f. mikroskop. Anat. XLII. 4. p. 662. 1893.)

H. giebt in einer ausführlichen, sehr interessanten Arbeit Bericht über die experimentellen Studien, welche er in den letzten Jahren an Frosch- und Tritoneiern im Furchungstadium angestellt hat. Auch nur die Endergebnisse dieser Studien, wie sie H. am Schlusse selbst zusammenfasst, hier wiederzugeben, würde den Rahmen eines gewöhnlichen Referates überschreiten und zudem Kenntnisse der modernen Embryologie voraussetzen, welche wohl nur bei einem kleinen Theile der Leser vorhanden sind. Ref. muss sich daher begnügen, die allgemeine Tendenz der Arbeit zu erläutern. Auf dem in Frage kommenden Forschungsgebiete stehen zur Zeit zwei Ansichten noch unvermittelt einander gegenüber: die Theorie der organbildenden Keimbezirke und die Theorie der Entwickelung durch regulirende Wechselbeziehungen der Furchungzellen. Die erste Theorie wurde von His zuerst aufgestellt, von Roux in seinen bekannten Experimenten am Froschei wissenschaftlich gestützt und ausgebaut und von Weismann schliesslich theoretisch begründet. Sie gipfelt in den Sätzen, dass das Ei durch die ersten Theilungen in qualitativ ungleiche Stücke getheilt wird, indem durch den Kerntheilungsprocess bereits Stoffe von verschiedenen Eigenschaften den Theilstücken zugetheilt werden, so dass sich aus ihnen nur ein bestimmtes Körperstück entwickeln kann. Deshalb besitzen auch die Richtungen der ersten Theilebenen schon eine tiefere Bedeutung, indem sie mit den Hauptebenen des Embryo zusammenfallen, so die erste oder zweite Theilebene mit der Medianebene des Embryo. Die Experimente, welche zur Stützung dieser Ansichten von Roux ausgeführt wurden, das Pressen der befruchteten Eier zwischen zwei parallele Glasplatten oder in ein enges Glasrohr, sowie das Anstechen der einen Furchungzelle, sind von H. wiederholt und modificirt worden. Er fand unter Anderem, dass man beim Pressen zwischen Glasplatten das Ei durch besondere Versuchsanordnung eine Zeit lang zwingen kann, sich in bestimmter Richtung zu theilen, und dass trotzdem normale Embryonen sich entwickeln, dass also die Richtungen der ersten Furchungsebenen und die Ebene des embryonalen Körpers in keinem ursächlichen Abhängigkeitsverhältniss zu einander stehen. Er fand ferner, dass der Furchungsprocess zu keiner Sonderung des Kernmateriales in qualitativ ungleiche, die Entwickelung verschiedener Körpertheile bestimmende Stücke führe. Die Thatsache, dass in vielen Fällen die Furchungsebenen und die Achsen des embryonalen Körpers mehr oder minder zusammenfallen, erklärt er aus der Organisation der Eizelle selbst, vermittelst des von ihm schon früher ausgesprochenen Furchungsgesetzes, dass die Kernspindel mit ihrer Längsachse sich in der Richtung der grössten Protoplasmamassen einstelle. Deshalb stimmt die Richtung der ersten Theilebenen, die auf der Spindelachse meist senkrecht stehen, gewöhnlich auch mit einer der Hauptachsen des Eies überein. Die spätere Lage der embryonalen Haupt- und Nebenachsen, sowie die Richtung der ersten und zweiten Theilebene sind also beide schon *vor der Theilung* durch die Form und Massenvertheilung des Eiinhaltes bestimmt.

Die Zerstörung der einen von den beiden ersten Furchungzellen hat H. nicht blos mit der erwärmten Nadel, wie Roux, sondern auch mit Elektrolyse vorgenommen. Er wendet sich mit diesen Versuchen gegen den Satz von Roux, dass durch Zerstörung einer der beiden ersten Furchungzellen halbe Embryonen künstlich hervorgebracht werden können, was natürlich die beste Stütze der Theorie von den organbildenden Keimbezirken wäre. H. fand, dass nach Zerstörung der einen Furchungzelle, wofern überhaupt noch eine weitere Entwickelung stattfand, sich noch ganz leidlich normale, jedenfalls keine halben Embryonen entwickelten. Der scheinbare Widerspruch in den objektiven Beobachtungen beider Forscher fällt fort, wenn man weiss, dass Roux zu seinem Halbembryo die fehlende Hälfte durch „Postgeneration" schliesslich noch hinzuwachsen lässt. Diese Postgeneration, wobei nach Roux aus der lebenden Furchungzelle Kernsubstanz in die abgetödtete hinüberwandert und die todte Substanz gleichsam wiederbelebt, findet nach H. nicht statt. Er nimmt vielmehr an, dass bei der Zerstörung der widerstandsfähigere Kern oft noch dem Untergange entgeht und dann eine Reorganisation in der geschädigten Furchungzelle einleitet. Aber auch bei totaler Zerstörung der ganzen Zelle kann sich von der intakten anderen Hälfte aus ein leidlich normaler Embryo entwickeln durch eine Art von Selbstregulirung, sei es in Folge von Veränderung des Schwerpunktes durch die Operation oder durch Umordnung im Zellenmaterial, so dass die Keimblasenhöhle fast überall einen zelligen Ueberzug erhält und bei der Einstülpung (Gastrulation) die zerstörte Substanz immer mehr an die Bauchseite und das hintere Ende des Embryo zu liegen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

kommt, wo sie in den formativen Process am wenigsten eingreift.

Zum Schlusse stellt H. in Aussicht, noch von anderen Gesichtspunkten aus in mehr allgemeiner Weise die Frage der Präformation und Epigenese zu beleuchten. Man darf auf diese Darlegung, sowie auf die Entgegnungen der evolutionistischen Partei mit Recht gespannt sein.

Teichmann (Berlin).

9. **On a system of fibre-cells surrounding the blood-vessels of the brain of man and mammals, and its physiological significance**; by W. Lloyd Andriezen. (Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. X. 11. p. 532. 1893.)

Nach den Untersuchungen A.'s, welche mit der Chromsilberimprägnation angestellt sind, verdichtet sich das durch die graue und weisse Substanz diffus verstreute Stützgewebe der Neuroglia an zwei Stellen zu einem dichtmaschigen Filz: an der Oberfläche der Rinde, und rings um die Blutgefässe herum. Beide Systeme hängen durch Fasern zusammen, welche mit den von der Pia her sich einsenkenden Gefässen zusammen verlaufen. In dem perivaskulären System unterscheidet A. 3 Arten von Zellen: 1) längsovale Zellen, mit ihrer Achse und ihren Fortsätzen parallel den Gefässen angeordnet, 2) ähnliche Zellen, nur spärlicher, welche quer zum Gefässverlaufe angeordnet sind und mit ihren Fortsätzen die Gefässe umgreifen, 3) gewöhnliche, unregelmässig verstreute sternförmige Neurogliazellen. Teichmann (Berlin).

10. **Ueber die feineren Nerven und ihre Endigungen in den männlichen Genitalien**; von G. Sclavunos. (Anatom. Anzeiger XI. 1. u. 2. 1893.)

S. hat nach der Golgi'schen Methode das Verhalten der Nerven im Hoden, Nebenhoden, Vas deferens, in den Corpora cavernosa penis et urethrae, in der Haut der Glans und in der Urethralschleimhaut untersucht. Als interessanter Nebenbefund bei der zum Referat sonst wenig geeigneten Arbeit sei erwähnt, dass die Spermatozoen auf die Golgi'sche Imprägnation prompt reagirten; man sieht, der Anwendungskreis für die Golgi'sche Methode erweitert sich immer mehr; leider verliert sie damit immer mehr an specifischer Bedeutung für das Nervengewebe.

Teichmann (Berlin).

11. **Die Nervenendigungen in der Thränendrüse der Säugethiere**; von A. S. Dogiel. (Arch. f. mikroskop. Anat. XLII. 4. p. 632. 1893.)

D. hat wiederum mit der Methylenblaumethode gearbeitet und ist zu folgenden Resultaten gelangt: Die Thränendrüse empfängt fast ausschliesslich marklose Nervenfasern. Diese treten zum Theil gesondert, zum Theil zusammen mit den Gefässen und Ausführungsgängen, sie umflechtend, in die Drüsenläppchen ein. Hier umgeben sie, sich verästelnd, mit einigen Schlingen die Drüsenschläuche und bilden ein Geflecht, indem sie auf der Membr. propria sich lagern. Aus dem Geflecht gehen feine Aestchen durch die Membr. propria hindurch und zerfallen unter ihr in eine Menge feinster Fädchen, welche um die Basen der Drüsenzellen herum ein Ueberzellennetz bilden. Von dem Ueberzellennetz gehen endlich noch äusserst feine Fädchen zwischen die Epithelzellen hinein, und bilden ein „Interzellennetz". Freie Endigungen leugnet D., und hält dem ähnliche Bilder für das Resultat einer unvollkommenen Färbung.

Teichmann (Berlin).

12. **Ueber die Beziehungen der Nebennieren zu den Venen und dem venösen Kreislauf**; von Dr. O. Manasse in Strassburg. (Virchow's Arch. CXXXV. 2. p. 263. 1894.)

In den Nebennieren des Menschen sowie bei Thieren (Pferd, Rind, Kalb, Schwein, Schaf), fand M. nach Chromsäurehärtung, am besten wenn das lebenswarme Organ gehärtet wurde, einen eigenartigen Befund im Lumen der Venen, Capillaren und Arterien. Das Lumen war zum grössten Theil ausgefüllt mit einer homogenen braunen Masse, welche bisweilen noch tiefer braune Kugeln, sowie Nebennierenzellen und Blutkörperchen einschloss. Ihr Verhalten gegen Färbungen war im Allgemeinen indifferent, nur zeigte sich bei der Russel'schen Färbung eine starke Grünfärbung, im scharfen Gegensatz zur Rothfärbung der rothen Blutkörperchen. Durch Schwefel-, Salpeter- und Essigsäure, schwefelsaure Magnesia, phosphorsaure Magnesia, phosphorsaures Ammoniak, salpetersaures Silber wurde die Substanz nicht verändert. Diese Masse lag den Gefässwänden nicht allein dicht an, sondern ging dort, wo letztere von Nebennierenzellen selbst, nicht von Endothel gebildet wurden, sogar direkt in die Substanz dieser Nebennierenzellen über. Eine derartige Berührung des Blutes mit den Nebennierenzellen fand M. einmal in grösseren Venenästen, namentlich der Marksubstanz, in welche Gruppen von Nebennierenzellen polypenförmig ohne Endothelbekleidung hineinragten, und zweitens an vielen Stellen der Capillaren, deren Querschnitte häufig nur an einem Abschnitt Endothelbelag zeigten, während der übrige Theil direkt von Nebennierenzellen begrenzt wurde. Namentlich die bekannten von Cylinderzellen begrenzten Canäle bei Pferden erwiesen sich so als Blutcapillaren. M. schliesst hieraus auf eine sehr nahe Beziehung der Nebennierenzellen zum Blute und nimmt an, dass durch die Nebennierenzellen eine bestimmte Substanz gebildet werde, welche durch die Chromsäurebehandlung, die ja auch die Nebennierenzellen selbst theilweise braun färbt, eben in Form jener glasigen braunen Hyalinmassen im Blute hervortritt. Bei Alkohol-, Sublimat- oder Salpetersäurehärtungen fehlt jene Masse, so dass angenommen wird, sie sei in diesen Medien löslich; hiermit

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

würde die altbekannte Erscheinung der Braunfärbung des Alkohols, in welchen frische Nebennieren eingelegt sind, übereinstimmen, eine Erscheinung, welche M. auch bei Sublimat- und Salpetersäurehärtung nachwies. Auffallend erscheint indessen die Thatsache, dass selbst bei sorgfältigster Herausnahme des Organs auch das Arterienblut jene Massen enthält; diese Thatsache könnte zwar durch Zurückfliessen des Blutes aus den Capillaren in die Arterien bei der Herausnahme erklärt werden, lässt aber gleichwohl jene einfache Annahme einer Art Secretion des braunen Hyalins in die Gefässe hinein einstweilen noch unsicher erscheinen.

In frisch nach kurzdauernder Venenunterbindung aufgefangenem Venenblut fand M. kleine hyaline Körnchen von der Grösse eines halben Blutkörperchens, welche meist in Haufen bei einander lagen und durch Osmiumsäure nicht verändert wurden. Beneke (Braunschweig).

13. **Untersuchungen über die Lymphbildung, insbesondere bei Muskelarbeit**; von H. J. Hamburger. (Ztschr. f. Biol. XXX. 2. p. 143. 1893.)

Frühere Untersuchungen Hamburger's hatten gelehrt, dass nach Injektion von Salzlösungen in die Blutbahn das Wasseranziehungsvermögen des Blutes sich in kurzer Zeit und früher wieder herstellt, bevor das Blut seine ursprüngliche Zusammensetzung wieder erreicht hat. Bei Anwendung hyperisotonischer Salzlösungen treten schon während der Einspritzung bedeutende Harnabsonderung und reichliche dünne Defäkation ein. Bei Injektion desselben Volumen einer hypisotonischen Lösung bleiben beide Erscheinungen eine bis mehrere Stunden aus, so dass anzunehmen ist, dass die grösste Quantität der injicirten Flüssigkeit sich in den Geweben ansammele, um langsam durch die Lymphbahnen zum Blute zurückzukehren. Diese Annahme zu bestätigen und verschiedene andere Fragen zu lösen war der Zweck einer Anzahl exakter Analysen von Lymphe, die unter verschiedenen Verhältnissen aus einer Fistel am Halse von Pferden gewonnen wurde. Es zeigte sich zunächst, dass die ausfliessende Lymphe keine völlig constante Zusammensetzung hat: sowohl das Wasseranziehungsvermögen und die Gesammtmenge der festen Bestandtheile, als der Alkali- und Chlorgehalt nahmen von Tag zu Tag ab. Während dieser stetigen Abnahme fand jede Nacht eine Zunahme statt, ohne dass aber die Zusammensetzung der Lymphe die des vorangehenden Morgens erreichte. Der Grund dieser Erscheinung liegt im herabgesetzten Stoffwechsel. Die ausfliessende Menge betrug durchschnittlich 14 ccm pro Stunde.

Beim Fressen floss aus dem Halslymphgefäss 3—4mal soviel Lymphe, als im Ruhezustand des Kopfes. Die Quantität hängt von der Geschwindigkeit des Fressens ab. Die „Futterlymphe" wich in ihrer quantitativen Beschaffenheit von der „Ruhelymphe" bedeutend ab. Auch die quantitative Zusammensetzung der beim Gehen des Pferdes erhaltenen Lymphe war verschieden von der der Ruhelymphe. Beim Gehen des Pferdes, wodurch der Blutdruck in der Carotis sinkt, floss 4—5mal mehr Lymphe aus, als in der Ruhe. Hiernach kann die vermehrte Lymphproduktion nicht immer durch Steigerung des Blutdruckes in den Capillaren und Venen erklärt werden. Auch die Thatsache ist im Widerspruch mit der Filtrationstheorie, dass die quantitative Zusammensetzung der Lymphe sehr unabhängig ist von der des entsprechenden Blutserum. Ferner sprechen folgende 2 Beobachtungen noch dagegen: 1) Die normale Lymphe hatte eine viel grössere osmotische Spannung, als das entsprechende Blutserum. 2) Aus der Lymphfistel eines getödteten Pferdes floss noch eine Viertelstunde und länger regelmässig die Lymphe als klare Flüssigkeit ab.

Nach H.'s Anschauung lassen sich die beobachteten Thatsachen durch die Vorstellung erklären, dass die Lymphe gebildet wird durch den Reiz, den die Stoffwechselprodukte der Gewebe (wahrscheinlich besonders die Fleischmilchsäure) auf das Capillar-Endothel ausüben.

Heffter (Leipzig).

14. **Rapport sur un travail intitulé: relations des expériences faites sur le supplicié Tardieu**; par Fayel. (Bull. de l'Acad. de Méd. XXIX. 25. p. 694. 1893.)

Die Versuche wurden von F., Prof. der Physiologie in Caen, an einem Guillotinirten gemacht, der Bericht darüber für die Akademie von Duval und Laborde verfasst und von Letzterem verlesen. 20 Minuten nach der Enthauptung wurde durch eine Trepanöffnung die untere rechte Stirnwindung elektrisch, anfangs an der Oberfläche, später tiefer, gereizt, es erfolgten heftige Zusammenziehungen der *rechten* unteren Gesichtsmuskulatur, während die linke unbeweglich blieb. L. führt aus, dass das eine Wirkung von Stromschleifen auf den Facialiskern und die Muskulatur war und dass F. die Contraktur auf der linken Seite übersehen habe. In der That erschien das Gesicht hier nach dem Versuch gespannt und geschwollen und das prägte sich auch noch in dem späteren Gipsabguss aus.

Auf elektrische Reizung der Medulla hin beobachtete F. noch eine Stunde nach der Enthauptung rhythmische Athembewegungen. Laborde bezieht auch dies auf direkte Muskelreizung durch Stromschleifen. Woltemas (Diepholz).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

15. **Ueber akute Osteomyelitis**; von Dr. Kurt Müller in Halle. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 47. 48. 1893.)

Die Arbeit M.'s verfolgt den Zweck, nachzuweisen, dass die akute Osteomyelitis in ausserordentlich mannigfaltigen, besonders nicht eiterigen Formen auftreten kann, und nachzuforschen, ob ausser dem Staphylococcus auch andere Pilze im Stande sind, typische Osteomyelitis zu erzeugen. M. bespricht kurz die *subakute* und die *recidivirende* Form der Osteomyelitis und theilt von der letzteren einen Fall mit, in dem sich aus dem Eiter eines 4 Jahre lang bestehenden Knochenabscesses der Staphylococcus aureus in Reincultur züchten liess.

Nach kurzen Bemerkungen über die *Periostitis albuminosa* und die *sklerosirende Osteomyelitis* kommt M. auf die *hämorrhagisch-septische* Form, die die akuteste Knocheneiterung darstellt. Zu den bisher beobachteten 3 Fällen fügt er einen neuen, der in der v. Bramann'schen Klinik zur Beobachtung kam. Sämmtliche 4 Fälle verliefen tödtlich.

Bei allen diesen Formen, die ein recht mannigfaltiges Bild darbieten, hat man die Staphylokokken als Erreger nachgewiesen und ihre Zusammengehörigkeit steht damit fest.

In den Fällen, in denen man den Pneumoniecoccus, den Typhusbacillus und den Streptococcus als Eiterungserreger gefunden hat, handelte es sich stets um in das Gebiet der Ostitis und Periostitis fallende Processe, niemals um typische Knochenmarkeiterungen, wie sie durch Staphylokokken erzeugt werden.

Entgegen der Ansicht also, welche in letzter Zeit laut geworden ist, hält M. die *einheitliche Aetiologie der akuten Osteomyelitis aufrecht: sie ist lediglich das Werk von Staphylokokken.*

Bemerkungen über die Eingangspforte des osteomyelitischen Virus beschliessen die Arbeit.

P. Wagner (Leipzig).

16. **Quatre observations de septicémie hémorrhagique produite par des Streptocoques et par une Strepto-Bactérie liquéfiante**; par V. Babes et G. Broca. (Roumanie méd. I. 8. p. 242. 1894.)

B. und Br. geben die Sektionsprotokolle und bakteriologischen Befunde (Züchtungs-, sowie Impfergebnisse) von 4 Fällen von hämorrhagischer Sepsis. Klinisch bestanden Purpura, Tetanus, Epistaxis u. s. w.

In den ersten 3 Fällen fand sich als Krankheitserreger ein Streptococcus. Eingangspforte waren in Fall I und II die Tonsillen (gangränöse, bez. eiterige Tonsillitis), in Fall III die Lungen (eiterige Bronchitis, Lungengangrän). Die Streptokokken besassen, auf den gewöhnlichen Nährböden gezüchtet, nur eine geringe Virulenz für Thiere; nie riefen sie Hämorrhagien hervor, allerdings Sepsis, mitunter aber auch nur einen Abscess an der Impfstelle. B. und Br. unterscheiden bezüglich des Ausgangspunktes und der Lokalisation 3 Formen der hämorrhagischen Streptokokkensepticämie: eine tonsillöse, eine bronchiale und eine hepatische, die mit Icterus gravis einhergehe.

In Fall IV handelt es sich um ein längliches Kokkobakterium, von der Gestalt eines Gerstenkornes, welches in der Cultur Ketten bildet, sich nach Gram färbt und die Gelatine verflüssigt. Für Thiere ist es sehr wenig virulent, ruft aber eine akute Endokarditis hervor. Es fand sich in der Leiche in allen Organen mit Ausnahme des Herzens. Dass das Bacterium in diesem Fall beim Menschen eine hämorrhagische Septikämie herbeigeführt hat, schieben B. und Br. auf eine chronische Nephritis, an der der Betroffene vorher gelitten hatte.

R. Klien (München).

17. **On a new microorganism of spreading oedema**; by Butler Harris. (Journ. for Pathol. and Bacteriol. I. 4. p. 303. Febr. 1893.)

H. hat aus dem Eiter eines auf Influenza zurückzuführenden, nach eiteriger Otitis media entstandenen Gehirnabscesses u. A. zwei Diplokokkenarten rein gezüchtet, wovon sich die eine, in bräunlicher Colonie wachsend, als pathogen erwiesen hat, die andere, in röthlicher Colonie wachsend, als nicht pathogen.

R. Klien (München).

18. **Zur Aetiologie der Cystitis**; von Dr. A. Huber. (Virchow's Arch. CXXXIV. 2. p. 209. 1893.)

H. bespricht zunächst kurz die einschlägige Literatur, und zwar die Arbeiten von Lustgarten und Mannaberg, Leube, Bumm, Rovsing, Albarran und Hallé u. A., denen Ref. noch die Arbeit von Barlow: Beiträge zur Aetiologie, Prophylaxe und Therapie der Cystitis, Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXV. 5. p. 795. 1893, zufügen möchte. Sodann beschreibt H. die bakteriologischen Befunde in 6 eigenen Fällen und kommt zu folgenden Schlüssen: Es giebt Cystitiserreger 1. Ordnung (Gonokokken, Tuberkelbacillen) und 2. Ordnung. Bei beiden spielt die individuelle Disposition eine Rolle. Entweder erzeugen die Mikroben selbst die anatomische Läsion, oder es besteht als Erstes eine örtliche Störung, die Mikroben treten dann hinzu. Die häufigste Quelle der Aussaat dürfte die Pars posterior urethrae sein. Die meisten Cystitiserreger sind anaërob, so auch die der 6 Fälle H.'s. Bacter. coli commune und lactis aërogenes kommen oft im Cystitisharn vor, wobei vielleicht veränderte Durchlässigkeitsverhältnisse der Blase eine Rolle spielen.

Im Falle I des Vfs. handelte es sich um einen der Colon-Bacillengruppe angehörigen Bacillus; im

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

2. Fall um die opake Form des Bact. coli commune Escherich; die 4 anderen stehen nicht ganz fest. Circa 65—73% der Cystitisharne reagiren sauer! Also spielen nicht blos die Harnstoffzersetzer eine ätiologische Rolle bei der Cystitis. Meist kommt *eine* Bakterienart in Reincultur vor.

5 der von H. gefundenen Mikrobenarten waren für Thiere mehr oder weniger pathogen, erzeugten aber nicht Cystitis; der Grund hierzu liegt nach H. in den ungleichen Bedingungen des Thierversuches. R. Klien (München).

19. **Ueber Pneumaturie, hervorgerufen durch Bacterium lactis aërogenes und über pathologische Gasbildung im thierischen Organismus**; von Stabsarzt Dr. Heyse. (Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 1 u. 2. p. 130. 1893.)

Pneumaturie kann nach Senator, welchem wir eine genauere Kenntniss dieses merkwürdigen Leidens verdanken, zu Stande kommen durch Eintritt von atmosphärischer Luft in die Blase, durch Eintritt von Gasen aus lufthaltigen Räumen des Körpers und endlich durch Gasentwicklung in der Blase selbst. Das letztere Verhältniss ist, wie aus einer Zusammenstellung der bisher vorliegenden Beobachtungen hervorgeht, das häufigere. Mit einem mehr oder weniger grossen Grade von Gewissheit konnte in den beschriebenen Fällen die Gasbildung in der Blase auf die Thätigkeit von Mikroorganismen zurückgeführt werden.

H. selbst beobachtete bei einer 23jähr. Frau, welche an Myelitis lumbalis mit Blasen- und Mastdarmlähmung litt, Luftansammlung in der Blase. Die Kr. musste 3—4mal täglich katheterisirt werden. Für eine Verbindung der Blase mit dem Darm oder der Scheide lag kein Anhalt vor. Der Urin war frei von Zucker, reagirte alkalisch und war reich an weissen und rothen Blutkörperchen, Schleim und Blasenepithelien. Während die Gasbildung bis zum Tode der Pat. anhielt, wechselte die Reaktion des Urins mehrfach. Der Geruch des Urins war aromatisch.

Als Ursache der Gasbildung konnte H. die Gelatine nicht verflüssigende, kurze Stäbchen mit abgerundeten Ecken im Urin nachweisen. Sie fanden sich auch im Vaginasekret und im Koth, waren also jedenfalls von der Scheide in die Blase verschleppt worden. Die Stäbchen zeigten eine fast völlige Uebereinstimmung mit dem Bacterium lactis aërogenes Escherich. Sie bilden vorwiegend Kohlensäure und Wasserstoff, und zwar sowohl auf zuckerhaltigen, als auf zuckerfreien Nährböden. Sie vermögen alkalische oder saure Reaktion des Urins hervorzurufen, wie H. durch eine grosse Anzahl von Versuchen feststellen konnte. „Gasbildung wird möglich, sobald der Säuregehalt des normalen Urins bis zu einer gewissen Höhe absinkt; ist der Urin nun zuckerhaltig, so wird die Reaktion des Harns stark sauer, ist er zuckerfrei, so kann die Reaktion des Harns trotz Gasbildung alkalisch werden." Das Ergebniss einer grossen Anzahl von Thierversuchen fasst H. dahin zusammen, „dass der die Pneumaturie erzeugende Bacillus beim Kaninchen Eiterung mit Gasbildung im Pleuraraum, in den Kniegelenken und im subcutanen und intermuskulären Bindegewebe zu erzeugen vermag, dass er bei dieser Einverleibung, sowie bei intraperitonäaler Injektion mitunter für Kaninchen, Mäuse und Meerschweinchen maligne ist, dagegen bei intravenöser Injektion nicht immer maligne ist; bei Fröschen endlich vermag er Gasbildung in den Lymphräumen hervorzurufen, wenn dieselben einer erhöhten Temperatur ausgesetzt werden. Es sind also im Wesentlichen die Lymphe und die serösen Höhlen, deren Inhalt der Lymphe wohl chemisch am Nächsten steht, welche für den Bacillus einen auch zur Gasbildung geeigneten Nährboden liefern". Im Blute sah H. keine Gasbildung eintreten.

Im letzten Theile der Arbeit stellt H. die bisherigen Beobachtungen über pathologische Gasbildung im Körper zusammen und fügt ihnen eine eigene hinzu. Es handelte sich dabei um eine an Kindbettfieber erkrankte Frau, bei welcher sich im Anschluss an einen Decubitus ein gashaltiger Abscess am Rücken entwickelte. Dieser brach schliesslich in die Brusthöhle durch und erzeugte einen Pyopneumothorax. Die bakteriologische Untersuchung liess damals keine gasbildenden Bacillen erkennen, jedenfalls in Folge der Unzulänglichkeit der angewandten Methode. H. hatte an den Stichculturen die Stichöffnung nicht verschlossen. Es ist somit nicht ausgeschlossen, dass sich aus den Culturen Gas entwickelte, dass dieses aber durch die Stichöffnung entwich.

Brückner (Dresden).

In der Münchner med. Wochenschrift (XL. 40. 1893) berichtet Dr. v. Dungern über einen *Fall von Gasphlegmone unter Mitbetheiligung des Bacterium coli.* Die Phlegmone entwickelte sich im Anschluss an die Operation eines Mastdarmkrebses. Die Infektion ging vom Darm aus in das retroperitonäale Bindegewebe und von dort einerseits durch die Rückenmuskeln in das subcutane Bindegebe, andererseits auf das Peritonaeum. Als Erreger der Phlegmone fanden sich Streptokokken und das Bacterium coli. Letzteres erwies sich in Colonien als *stark gasbildend,* zeigte stellenweise deutliche Kapseln und erwies sich bei Thierversuchen als stark pathogen. Dass bei den Thierversuchen eine deutliche Gasbildung nicht stattfand, beruht vielleicht auf Verhältnissen, die in den Nährböden liegen, vielleicht wurden aber auch kleine Mengen von Gas gebildet und schnell resorbirt.

Das Bacterium coli gewinnt mehr und mehr an Bedeutung und Interesse. Mit Rücksicht auf die vorstehende Mittheilung Heyse's sei noch folgender Satz aus der Arbeit v. D.'s angeführt: „Das Bacterium coli ist schon mit anderen früher gesondert beschriebenen Mikroorganismen identificirt worden, mit dem Bacillus neapolitanus (Emmerich), mit dem Bacillus foetidus (Passet);

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

es hat sich wenigstens sehr nahe verwandt gezeigt mit dem Bacillus pyogenes der Urininfiltration und dem Bacillus lactis aërogenes (Escherich). Es ist deshalb die Möglichkeit durchaus nicht ausgeschlossen, dass auch noch andere kapselhaltige Bacillen sich als Varietäten herausstellen werden." Dippe.

20. **Ueber ptomainartige Körper im Harn bei chronischen Krankheitsprocessen**; von C. A. Ewald u. J. Jacobson. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 2. 1894.)

Die Lehre von den Eigenvergiftungen des Körpers ist zuerst von Senator angeregt, später von einer grossen Anzahl deutscher und französischer Aerzte ausgebaut worden. Die im Körper unter irgend welchen Umständen gebildeten Gifte können sich im Darm zu ungiftigen Stoffen umbilden, sie können, so weit sie gasförmig sind, durch die Lungen ausgeschieden werden. Andere wieder werden in der Leber zerlegt oder verbinden sich hier mit gewissen Stoffen zu harmlosen Körpern. Endlich können die erwähnten Gifte durch die Nieren ausgeschieden werden. Sind die ausscheidenden Organe nicht hinreichend thätig, so kommt es zur Giftwirkung. Die nervösen Erscheinungen, welche sich bei einer Reihe von Erkrankungen des Verdauungskanals bemerkbar machen, sind in dieser Weise aufzufassen. Zuweilen treten die Selbstvergiftungen in akuter Weise auf, wie zwei Beobachtungen E.'s u. J.'s beweisen. Das eine Mal äusserte sich die Vergiftung in einer schweren Depression des Nervensystems, das andere Mal führte sie zu ausgesprochener Tetanie. In diesem letzteren Falle konnten E. u. J. aus dem Urin ein Alkaloid darstellen. Ferner haben sie bei einer Anzahl von chronisch Kranken (Magenkrebs, Urämie, Addison'sche Krankheit) Salze der Giftkörper aus dem Urin darstellen können, einmal sogar in hinreichender Menge, um die Elementaranalyse machen zu können. Es liess sich danach die Constitutionsformel $C_5H_2NO_6$ für das Gift feststellen. Die weitere Prüfung dieser Stoffe stellen E. u. J. in Aussicht. Brückner (Dresden).

21. **Ueber die Darstellung von Toxinen aus dem Harn bei akuten Infektionskrankheiten**; von Dr. Albert Albu. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 1. 1894.)

A. hat nach der Methode von Griffith den Harn von Kranken untersucht, welche an akuten Infektionen litten. Er konnte im Gegensatz zu Griffith mit Hülfe der Methode nur sehr geringe Mengen giftiger Körper darstellen. Ferner gelang es ihm nicht, die Giftstoffe genau zu charakterisiren. Selbst die bei ein und derselben Krankheit gefundenen Stoffe gaben verschiedene Reaktionen. A. wirft die Frage auf, ob die Gifte nicht vielleicht nur „Produkte des im Fieber gesteigerten Stoffwechsels im Gesammtorganismus sind". Die Untersuchung des Urins von Cholerakranken fiel negativ aus. Brückner (Dresden).

22. **De la toxicité du sérum sanguin chez les femmes atteintes d'éclampsie puerpérale**; par Tarnier et Chambrelent. (Ann. de Gynécol. XXXVIII. p. 321. 1892.)

Bouchard hat zuerst nachgewiesen, dass der Urin Eklamptischer weit weniger toxisch ist als der normale Urin. Man hat daraus geschlossen, dass bei der Eklampsie eine verminderte Ausscheidung der toxischen Stoffe durch die Nieren und folglich eine Anhäufung derselben im Blute, so zu sagen eine Autointoxikation eintrete.

T. u. Ch. haben beides in 6 Fällen von puerperaler Eklampsie geprüft. Es fand sich stets eine Vermehrung der Giftigkeit des Blutes, eine Verminderung derjenigen des Harns, und zwar je giftiger das Blut, desto weniger giftig war der Urin. In 2 Fällen war keine Medikation vorausgegangen, also ein Einfluss von Medikamenten ausgeschlossen. Die Schwere der Erkrankung wächst mit der Giftigkeit des Blutes, man kann sich dieser Thatsache für die Prognose bedienen, auch für die Diagnose kann die Giftigkeit des Blutserum von Wichtigkeit sein.

Die normale Blutserummenge, welche genügt, den Tod eines Kaninchens herbeizuführen, beträgt pro kg 10 ccm, während bei den Eklamptischen meist schon 3.5—4 ccm genügten.

Präger (Chemnitz).

23. **The part played by giant cells in phagocytosis**; by Knud Faber. (Journ. for Pathol. and Bacteriol. I. 3; Febr. 1893.)

Nach Darlegung der Theorien von Weigert-Koch-Baumgarten über die Genese der tuberkulösen Riesenzellen und von Metschnikoff über die Rolle, welche diese als Phagocyten spielen, und nach Besprechung der Beobachtungen von Sudakewitsch, Ruffer u. A. geht F. zu seinen eigenen, die letzteren Beobachtungen stützenden Untersuchungen über. Er spritzte sterilen Agar-Agar von 40° C. unter die Haut von Kaninchen und brachte ihn durch Applikation des Aethersprays sofort zur Erstarrung. Nach 1 bis zu 80 Tagen wurden die hervorgerufenen Veränderungen mikroskopisch untersucht. In der Umgebung der Agardepots und in dieses selbst eingedrungen fanden sich Leukocyten, epitheloide Zellen mit bläschenförmigem Kern (Metschnikoff's Mikro- und Makrophagocyten) und *vielkernige Riesenzellen*. Zahlreiche epitheloide Zellen enthielten mehr oder weniger kleine oder grössere Agarpartikel. Die Riesenzellen waren vom 9. Tage an regelmässig zu finden, in verschiedener Anzahl, mit 2—50 Kernen, zum Theil drangen auch sie in die Agardepots mit Fortsätzen ihres Protoplasma vor. Dieses enthielt mehr oder weniger grosse Agarschollen, und zwar enthielten die nahe am

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Depot liegenden Riesenzellen grössere, die weiter entfernt liegenden kleinere Schollen. Die Zellen theilen und verdauen also nach F.'s Ansicht den aufgenommenen Agar. Er sucht diesen Vorgang noch dadurch zu beweisen, dass er den Agar vorher mit Berlinerblau oder Carmin färbte. Man findet dann gefärbte Partikel in den Riesenzellen. Also sind die letzteren thatsächlich aktive lebende Phagocyten; keine Zeichen von Nekrose oder Degeneration sind in ihnen zu finden. In Bezug auf die Herkunft der Riesenzellen bestätigt F. die Beobachtungen Marchand's, Arnold's u. A. In den epitheloiden Zellen fanden sich zahlreiche Mitosen, nie aber in den Riesenzellen, so dass für die Entstehung dieser auf mitotischem Wege kein Beweis vorliegt, dagegen glaubt F., direkte Kerntheilung in Riesenzellen gesehen zu haben. Hierfür, sowie für die übrigen Processe sind farbige Abbildungen beigegeben.

F. kommt zu dem Schlusse, dass, abgesehen von den Sarkomriesenzellen, Riesenzellen stets da auftreten, wo es sich um eine intensive Resorption von Fremdkörpern und besonders von widerstandsfähigen (Tuberkelbacillen, Knochengewebe, Haare, Glas) handelt, und zwar finde sich dieser Vorgang in den niedrigsten und den höchsten thierischen Organismen. Gegen kleine, leicht zu überwindende Fremdkörper werden nur mononucleäre Phagocyten ausgesendet (Resorption von Blutextravasaten, von todtem Nervengewebe). Weigert's Theorie sei deshalb nicht stichhaltig, weil er nicht exakt bewiesen habe, dass das Centrum der Riesenzellen wirklich nekrotisch sei. [Dass dasselbe vielmehr thatsächlich lebende Granula enthalten kann, hat Ref. nachgewiesen; vgl. Fig. 4 in: Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XI. p. 125. 1891—92.]

R. Klien (München).

24. **Ueber capilläre Embolie von riesenkernhaltigen Zellen**; von Dr. L. Aschoff. (Virchow's Arch. CXXXIV. 1. p. 11. 1893.)

A. fand in den Lungencapillaren bei Erkrankungen, wie Gehirnabscess, Carcinom, Knochenfrakturen, akuter Nephritis, Bronchopneumonie, Peritonitis, Typhus, puerperaler Pyämie, Eklampsie, Leukämie, Verbrennung, Pneumonie, Masern, Tuberkulose, Diphtherie, Erysipel, Cholera, Pfröpfe von 20—30 μ Länge, die sich mit Kernfärbemitteln stark färbten. Bei genauerer Untersuchung stellten sich diese Gebilde als Riesenzellen mit vielfach gelapptem, sogen. sprossendem Kern dar. Mitunter fehlte diesen Zellen das Protoplasma, was A. dadurch erklärt, dass dieses bei dem Durchtritt der grossen Zellen durch die engen Lungencapillaren abgestreift wird. Die Zellen glichen vollkommen den einkernigen Riesenzellen der Blutkörperchen bildenden Organe. Was die Abstammung betrifft, so schliesst A. die örtliche Entstehung aus Endothelien, ihre Einwanderung aus der Umgebung und ihre Abstammung von Leukocyten aus und lässt sie vor Allem im Knochenmark, viel weniger zahlreich in der Milz und den Lymphdrüsen entstehen.

A. führt das Auftreten der riesenkernhaltigen Zellen auf Grund von Thierversuchen auf chemotaktische Wirkungen zurück; er sah die Zellen besonders bei Verbrennungen, wo ein Zerfall der rothen Blutkörperchen stattfindet, und nach Pyrodinvergiftung. Endlich weist A. nach, dass sich das Knochenmark überhaupt bei den verschiedensten Krankheiten, besonders bei allen möglichen Infektionskrankheiten, betheiligt. Er ist der Ansicht, dass eine Zertrümmerung der eingekeilten Zellmassen in vivo ziemlich schnell vor sich gehe.

R. Klien (München).

25. **De l'absorption des corps solides**; par E. Cassaet. Avec 2 planches. (Arch. de Méd. expér. IV. 2. p. 270. 1892.)

C. hat einer kleineren Anzahl Kaninchen, Meerschweinchen und Fröschen organische und unorganische feste Körper in das Peritonaeum, den dorsalen Lymphsack, das Bindegewebe, den Verdauungstractus und die vordere Augenkammer gebracht. Wesentlich Neues vermochte C. dabei nicht aufzudecken. Immer erwiesen sich die festen unlöslichen Körper weniger irritirend als Mikroben, stets riefen sie nur eine plastische Entzündung hervor, niemals kam es zu nekrobiotischen oder eitrigen Processen.

Nowack (Dresden).

26. **Ueber das Verhalten der Leukocyten bei malignen Tumoren**; von G. Reinbach in Breslau. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 3. p. 486. 1893.)

Von der vorliegenden, aus der Mikulicz'schen chirurg. Klinik stammenden ausführlichen Arbeit können wir hier nur die wichtigsten Endergebnisse kurz wiedergeben.

R. hat seine Blutuntersuchungen auf 40 Fälle von malignen Tumoren ausgedehnt.

Die morphologischen Verhältnisse der *rothen Blutkörperchen* boten nur in sehr wenigen Fällen von der Norm abweichende Befunde; *Poikilocytose* wurde in 5 Fällen beobachtet. Der *Hämoglobingehalt* des Blutes war in allen Fällen herabgesetzt.

Die an den *Leukocyten* vor sich gehenden morphologischen Veränderungen zeigten sich zunächst in dem quantitativen Verhältnisse der verschiedenen Leukocyten-Zellformen zu einander. Nur in 11 Fällen war dieses Verhältniss vollständig normal, oder wich nur unerheblich von den als normal anzusehenden Werthen ab; in allen anderen Fällen war das Verhältniss von mässigen bis zu sehr hohen Graden verschoben, so zwar, dass in den meisten Fällen die polynukleären Zellen vermehrt, die Lymphocyten vermindert waren, in den anderen Fällen das entgegengesetzte Verhalten sich kundgab. Sehr viele und besonders beträchtliche Veränderungen bestanden namentlich bei *Sarkom-*

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

kranken, während in den Fällen von Carcinose die negativen Befunde zahlreicher waren.

Von den zur Untersuchung gelangten 20 Kr. mit *Sarkomen* ergaben 16 positive Blutveränderungen. Diese bestanden wesentlich in einer mehr oder weniger grossen Verschiebung der polynukleären Zellen und Lymphocyten bezüglich des procentualen Beitrags, den sie zur Summe aller Leukocyten lieferten.

Unter 16 *Carcinomfällen* waren 10 mit positiven Befunden.

Bei *Sarkomatose* ging die Schwere der Erkrankung nicht immer parallel mit einer nachweisbar schweren Veränderung des Blutes; im Gegentheil konnten auch in relativ leichten Fällen schwere Blutveränderungen gefunden werden. Bei *Carcinomen* scheint diese letztere Thatsache keine Geltung zu haben.

Die Entstehung dieser pathologischen Blutbefunde, die sich also entweder in einer einseitigen Vermehrung der polynukleären Zellen oder der Lymphocyten zeigt, sucht R. theils durch die Ausschaltung eines Abschnittes des hämatopoëtischen Systems, theils durch die Chemotaxis zu erklären. Zum Schluss berichtet er noch über einen Fall von malignem Lymphosarkom, in dem sich bei der Blutuntersuchung unter den Leukocyten typische Exemplare der von Ehrlich beschriebenen *Myelocyten,* also grosser mononukleärer Elemente mit neutrophiler Körnung, wie solche bisher allein für die myelogene Leukämie als charakteristisch galten, vorfanden. Dabei bestand eine enorme Vermehrung der *eosinophilen Zellen.*

P. Wagner (Leipzig).

27. **Naevi und Naevocarcinome**; von Unna. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 1. 1893.)

Während man bisher allgemein annahm, dass die bösartigen Geschwülste, welche sich besonders nach Traumen aus pigmentirten Muttermälern entwickeln, gewöhnlich Sarkome seien, stellte sich bei der Untersuchung eines derartigen Falles heraus, dass es sich um ein ausgesprochenes Carcinom alveolärer Struktur handelte; 3 weitere Fälle von primärem Naevocarcinom zeigten ebenfalls den alveolären Bau. Es entwickeln sich diese Neubildungen aus den im Bindegewebe eingeschlossenen Naevuszellen, die, wie die Untersuchung einiger pigmentirten Naevi vom Neugeborenen und aus den ersten Lebensjahren ergab, echte in der Embryonalzeit oder in den ersten Lebensjahren vom Deckepithel abgeschnürte Epithelien sind. Diese Abschnürung geht so langsam vor sich, dass man sie in jedem Präparate beobachten kann. Im Momente der Loslösung verändern sich die Epithelien auffallend, sie werden rundlicher, weniger stark färbbar, ihr Protoplasma hellt sich auf und jede Spur von Stachelung an der Peripherie verschwindet. Diese Thatsache steht im Einklang mit der Geschwulsttheorie Cohnheim's; Die im embryonalen jugendlichen Zustande der Haut abgeschnürten Epithelkeime wachsen im höheren Alter unter dem Einflusse irgend welchen Reizes zu bösartigen Geschwülsten aus. Die Mehrzahl der Hautcarcinome, deren Ursprung ein äusserer lokaler ist, genügt indessen nicht dieser Theorie, wie Cohnheim schon selbst zugab, und auch bei den Naevo- und Melanocarcinomen kann noch mit Recht eingewendet werden, dass die Bösartigkeit der embryonalen Keime bei diesen doch auch erst mit einem Trauma, d. h. vielleicht mit einer Impfung, beginnt. Wermann (Dresden).

28. **Ueber Naevi pigmentosi und deren Beziehung zum Melanosarkom**; von Dr. L. Grun. (Virchow's Arch. CXXXIV. 2. p. 331. 1893.)

Wegen der Pigmentvertheilung im Corium und Rete kommt Gr. zu denselben Ergebnissen wie Virchow, Recklinghausen u. A., dass die Anordnung nämlich eine wechselnde sei und dass nicht, wie Demiéville will, eine constante Beziehung zwischen der Pigmentirung im Rete und der im Corium bestehe. Gr. bespricht dann die von Unna aufgestellte Ableitung der „Naevizellen" vom Deckepithel der Haut, sowie von den Stachelzellen der Haarbälge und Knäueldrüsen und meint, dass die Anordnung und die Vertheilung des Pigments bei den Naevi pigment. nicht für diese Annahme sprechen. Ueber die Bildung der Melanosarkome aus pigmentirten Naevis bringt Gr. nichts Neues. R. Klien (München).

29. **Zur Histiogenese des primären Lungenkrebses**; von Dr. F. Siegert. (Virchow's Arch. CXXXIV. 2. p. 287. 1893.)

S. giebt die ausführliche makro- und mikroskopische Beschreibung eines vom *Alveolarepithel* und eines vom *Bronchialepithel* abstammenden primären Lungenkrebses. Auf die Einzelheiten dieser Darstellung kann hier nicht näher eingegangen werden. Dagegen muss der eingehenden kritischen Erörterung, welche S. auf Grund der Literatur und seiner eignen Fälle, über principielle Fragen giebt, etwas ausführlicher Rechnung getragen werden.

Zuerst geht S. auf die *Metaplasie der Alveolarepithelien* ein. Eine solche findet sich bei chronischen Pneumonien, bei syphilitischen Pneumonien, bei der Miliartuberkulose, bei Sarkom und beim Endotheliom und besteht darin, dass die im erwachsenen Organismus aus platten Zellen bestehenden Alveolarepithelien ihre Jugendform wieder annehmen, also cubisch, bez. sogar cylindrisch werden. Ihnen ist dann sehr wohl die Eigenschaft zuzuerkennen, atypische Proliferationsprodukte, also epitheliale Geschwülste, zu bilden.

Zweitens wird das *Verhalten der Lymphgefässe der Lunge* untersucht. Sowohl das tiefe pulmonale, als das oberflächliche pleurale Lymphgefässsystem communiciren miteinander, was durch die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Pathologie erwiesen ist. Diese Anastomosen, sowie der in der Lunge leicht zu erklärende lebhafte vor- und rückläufige Lymphstrom ermöglichen leicht eine Füllung der Lymphgefässe mit fremden Massen; ein wichtiger Umstand dabei ist die eventuelle Verlegung der Lymphdrüsen des Hilus aus irgend welchen Gründen.

So findet man also bei entzündlichen Erkrankungen der Lunge (croupöse Pneumonie — Cornil und Ranvier), sowie beim Lungenkrebs in den Lungenlymphbahnen den gleichen Inhalt wie in den Alveolen. Bei primärem Krebs des Magens, des Uterus, der Mamma u. s. w. findet sich häufig eine sekundäre „Lymphgefässcarcinose" der Lungen; das Endothel der Lymphgefässe ist aber an der Bildung der Geschwulstzellen *un*betheiligt. Die krebsigen Lungenmetastasen können auf 3fachem Wege zu Stande kommen: 1) Können die Krebskeime aus dem Pleurasack in das viscerale Pleurablatt gelangen und in den pleuralen Lymphgefässen weiterwuchern. 2) Kann der Krebs auf dem Lymphwege zu den bronchialen Lymphgefässen gelangen und von da, in den peribronchialen Lymphgefässen weiterwuchernd, in die Lunge und schliesslich in das subpleurale Lymphgefässnetz gelangen. 3) Können die Krebskeime durch den Blutstrom in die Pulmonalarterie kommen und bleiben unter der Pleura sitzen. Von diesen sekundären Tumoren aus erfolgt dann die Wucherung in die Lymphgefässe (Thormaehlen).

Auch beim *primären Lungenepithelkrebs* findet keine Proliferation oder atypische Wucherung der Lymphgefässendothelien statt.

S. stellt *3 verschiedene Ausgangspunkte* des *primären* Epithelkrebses der Lunge fest: 1) vom Alveolarepithel (sein Fall 1); 2) vom Epithel der Bronchialschleimhaut (sein Fall 2 vom Hund); 3) vom Epithel der Bronchialschleimdrüsen (Langhans).

1) „Das Carcinom der Lunge, welches vom Epithel der Alveolen seinen Ausgang nimmt, ist gekennzeichnet durch die starke Proliferation des wieder den embryonalen Charakter annehmenden Alveolarepithels, durch die vorwiegend herdförmige Ausbreitung, durch die oft fehlende oder unbedeutende Betheiligung der Pleura und die Nichtbetheiligung der Lymphgefässendothelien an der Geschwulstbildung.

2) Das reine Cylinderzellenepithelcarcinom der Lunge nimmt vom Oberflächenepithel der Bronchien und Bronchiolen seinen Ausgang und greift von diesen gleichmässig auf die Umgebung über. Die cylindrische Form der Zellen erscheint auch in den Metastasen unverändert; ihre Anordnung in Gestalt von Schläuchen ist häufig. Eine besondere Betheiligung der Pleura fehlt häufig." Die Bildung von geschichteten Conkretionen findet sich nicht selten: Corpora amylacea oder flava — Siegert.

3) Ueber das Schleimdrüsenepithelcarcinom hat S. keine eigenen Erfahrungen.

Endlich giebt S. noch die *Abstammung* des *primären Endothelkrebses der Lunge* an als 1) vom Endothel der oberflächlichen pleuralen, 2) vom Endothel der inneren pulmonalen Lymphgefässe.

Eine sehr reichhaltige Literaturzusammenstellung findet sich am Ende der fleissigen Arbeit.

R. Klien (München).

30. **Zur pathologischen Anatomie der Eierstöcke;** von Dr. D. D. Popoff. (Arch. f. Gynäkol. XLIII. 2. p. 293. 1893.)

Bei allen Salpingo-Oophoritiden, deren P. 9 anatomisch und mikroskopisch eingehend untersuchte, ist das Gewebe des Eierstockes wesentlichen pathologisch-anatomischen Veränderungen unterworfen. Bei Pyosalpinx und anderen langdauernden Erkrankungen der Tuben finden sich Pseudomembranen auf der Oberfläche des Eierstockes, bei leichteren Formen lassen wenigstens karyokinetische Metamorphosen der Zellen, besonders in der Nähe und in den Wandungen der Gefässe, feststellen, dass eine Entzündung vorliegt. Neben diesen Veränderungen im Stroma besteht eine verstärkte Entwicklung von drüsigen Elementen des Eierstockes, die später zu einem Stadium der regressiven Metamorphose führt. Primordialfollikel entstehen und vergehen in grösserer Zahl, es bilden sich auch Graaf'sche Follikel, so dass man neben der Oophoritis parenchymatosa von einer kleincystischen Degeneration reden kann. In diesen Graaf'schen Follikeln entartet bald die Membrana granulosa, der Cumulus proligerus verschwindet und das Ei kann an einer beliebigen Stelle der Höhle vorgefunden werden. Namentlich bei lebhafter interstitieller Entzündung verfallen die Zellen der Membrana granulosa einer Entartung zu Colloidkugeln. Da die Oberfläche des Ovarium mit einer dicken Schicht bindegewebiger Membranen bedeckt ist, so ist die Entwicklung und Berstung der Graaf'schen Follikel oft gestört und es kommt zu Blutergüssen in das Gewebe. Mit der Zeit schrumpft der Eierstock, so dass wir es schliesslich mit einer Atrophie des Eierstockes, mit einer Vernichtung seiner drüsigen Elemente zu thun haben. Brosin (Dresden).

31. **Ueber die Histogenese und Aetiologie der Uterusmyome;** von Dr. S. Gottschalk in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. XLIII. 3. p. 534. 1893.)

Will man ein Bild von der Entstehung der Myome gewinnen, so darf man nur die kleinsten Anfänge derselben zur Untersuchung wählen, wie man sie soeben noch mit dem blossen Auge erkennbar bei multipler Myombildung im Innern der Gebärmutterwand findet. An derartigen Präparaten zeigt es sich, dass der Grundstock des Geschwulstkeimes von einem auffallend stark gewundenen Abschnitte einer grösseren Arterie gebildet wird, deren Wandelemente derartig gewuchert sind, dass das Lumen stellenweise ganz obliterirt sein kann. Zugleich vollziehen sich Proliferations-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

vorgänge in dem angrenzenden Gewebe und es vereinigen sich die daraus entstehenden Neubildungen mit denen der Gefässwände.

Als charakteristisch für das Geschwulstgewebe darf sein selbst am kleinsten Knötchen stark ausgeprägtes dichtes und straffes Gefüge gelten. Die Dichtigkeit kommt dadurch zu Stande, dass nicht blos Muskelzelle neben Muskelzelle liegt, sondern zwischen diesen einzelnen Zellen noch auffallend chromatinreiche, stark gefärbte Kerne dem Grundgewebe diffus eingelagert sind. Schon an Geschwülstchen von Haselnussgrösse sind diese Kerne nicht mehr sichtbar; daraus folgt, dass sie bei der ersten Anlage des Myoms eine wichtige Rolle spielen. Da es nur in örtlich gereiztem Gewebe zur Kerninfiltration kommen kann, so ergiebt sich die weitere Schlussfolgerung, dass die Myome irritativen Ursprungs sind. Die freien Kerne stammen 1) aus den präexistirenden Muskelzellen, 2) den Lymphgefässen, 3) den Mastzellen. Die Pigmentkörner der letzteren überschreiten die Zellgrenzen, sie dringen wie Samenkörner durch die Zellwand nach aussen und lassen sich nach allen Richtungen weithin vereinzelt verfolgen, wo sie sich in benachbarten Muskelzellen verlieren. Die Körner haben also die Kraft, sporenhaltig in andere Zellen einzudringen und auf diese reizend zu wirken. Es müssen sich danach wichtige Lebensvorgänge innerhalb der Mastzellen abspielen, welche für die Geschwulstbildung von hervorragender Bedeutung sind. Die sporenbildende Thätigkeit der Mastzellen wird vielleicht angeregt durch plasmatische, kern- und strukturlose Gebilde, die sich in den Geschwulstknötchen einer 42jähr. Frau vorfanden und die als kernlose Cytoden gedeutet werden. Für die Behandlung der Myome ist es von Wichtigkeit, dass, wie G. behauptet, ihre Entstehung auf Grund von besonderen Reizen nachgewiesen ist. Es sind demnach prophylaktisch alle abnormen und starken Reize vom Uterus, bez. von den Genitalien fernzuhalten. Da Myome nur in überernährtem Gewebe und im Connex mit der arteriellen Gefässbahn entstehen, so ist die doppelseitige Unterbindung der Arteria uterina das beste Heilmittel für die frühesten Anfangstadien derselben. Brosin (Dresden).

32. **Die Decidua uterina bei ektopischer Schwangerschaft, in Bezug auf die normale Entwickelung von Placenta und Eihäuten betrachtet**; von Dr. Catharine van Tussenbroek. (Virchow's Arch. CXXXIII. 2. p. 207. 1893.)

van T. beschreibt zunächst die Uterusschleimhaut, wie sie sich bei einer geplatzten 4monatigen Tubengravidität darstellte, in Folge deren Ruptur die Frau gestorben war. Die verdickte Mucosa uteri ist zusammengesetzt aus einer oberen, dem Uteruslumen zugewendeten compakten Schicht, aus grosszelligem Deciduagewebe bestehend, und aus einer ampullösen Schicht, aus gewuchertem Drüsengewebe bestehend. Die Uterusdrüsen behalten, zum Unterschied von der uterinen Schwangerschaft, ihre freie Mündung in das Uteruslumen bei. Ihr Epithel ist in der oberflächlichen Schicht in Abstossung, in der tiefen nahe der Muskelschicht gelegenen in Wucherung begriffen. Daher besteht dort die Drüsenwand zum grössten Theil nur aus Bindegewebezellen, und zwar nehmen diese den Charakter von echten Deciduazellen an. van T. sieht somit die im Deciduagewebe auftretenden wandlosen Spalten, sofern sie kein Blut führen, als erweiterte Drüsenlumina an. Das Oberflächenepithel der Uterusschleimhaut ist ebenfalls zu Grunde gegangen; daher liegen die oberflächlichen Capillaren nackt und öffnen sich frei in das Uteruslumen. Auf ähnliche Weise enthalten auch hier und da Drüsen Blut. Die Venen der Schleimhaut sind erheblich erweitert und in dünnwandige Bluthöhlen umgewandelt; die Arterien treten nach den im Gegensatz zu anderen Autoren sich befindenden Beobachtungen van T.'s in der Decidua mit ihrer Muskelhaut bis nahe unter die Oberfläche, ohne dass sie sich bis dahin erweitern und ebenfalls Lacunen bilden.

An diese Beschreibung anschliessend giebt van T. einen Ueberblick der Literatur über die Decidua uterina bei ektopischer Schwangerschaft. Sie stimmt Martin darin bei, dass diese sympathische Decidua bei jeder ektopischen Schwangerschaft gebildet wird. Da aber in späteren Schwangerschaftsmonaten die Decidua entweder in Stücken ausgestossen oder durch regressive Metamorphose in gewöhnliches Stroma übergeführt werden kann, so entscheidet bei mikroskopischer Untersuchung auf Extrauterinschwangerschaft nur der positive Deciduabefund.

van T. hat sich dann weiter die Aufgabe gestellt, dem Ursprung der Decidua, ob nur matern oder auch fötal, nachzuforschen und ist durch Vergleich des obigen Falles mit einem Fall von 4monatiger uteriner Schwangerschaft (Exstirpation wegen Myom) zu dem Resultat gekommen, dass es auch eine fötale Decidua sicher giebt. Dieselbe wird gebildet aus dem Epithel der Chorionzotten, und zwar aus der Langhans'schen Zellschicht. Diese Zellen wuchern nämlich, wie van T. an einem 11monatigen Abortivei feststellte, drängen die oberflächliche Lage des Zottenepithels auseinander und vergrössern sich in Kern und Protoplasma. Die volle Grösse der mütterlichen Deciduazellen erreichen diese fötalen nicht. Auch Riesenzellen werden gebildet. So entstehen die Deciduainseln, welche aber, in den Placentaraum eingestreut, stets mit fötalen Zotten zusammenhängen. Der Zusammenhang von Deciduagewebe mit fötalen Zotten, der längst bekannt ist, ist also nicht auf einen Zerstörungsprocess der Decidua durch fötale Zotten zurückzuführen, wofür van T. nie einen sicheren Anhalt fand; dagegen kommt ein passives Einschliessen von fötalen Zotten durch wucherndes

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Deciduagewebe oft vor. Die Bildung einer solchen Decidua foetalis ist nun nicht auf die Serotina beschränkt, sie findet auch bei der Dec. reflexa statt.

Endlich giebt van T. noch die Grenze an zwischen Decidua foetalis und materna; diese wird gebildet durch den wohlbekannten *Fibrinstreifen*. Denn 1) producirt die Uterusmucosa bei ektopischer Schwangerschaft nur die Gewebe, welche in der Dec. serotina *unter* dem Fibrinstreifen liegen; 2) findet man in früheren Schwangerschaftsmonaten den Streifen nicht *in*, sondern *auf* der Dec. serotina; 3) stammt eben die oberhalb des Streifens gelegene Deciduaschicht vom Chorionepithel ab. Diese Thatsachen leitet sie aus ihren Präparaten, welche zum Theil in sehr guten Abbildungen wiedergegeben sind, ab.

Zum Schluss spricht sie die Vermuthung aus, dass bei ektopischen Schwangerschaften die Decidua nur den Zotten ihren Ursprung verdanke, was mit der Thatsache übereinstimmen würde, dass bei tubarer Gravidität Decidua nur im Bereich der Chorionzotten sich entwickelt.

R. Klien (München).

33. **1) Die modernen Fiebertheorien**; von Dr. Alexander Rabe in Berlin. Gekrönte Preisschrift. (Berlin 1894. A. Hirschwald. Gr. 8. IV u. 64 S.)

2) Entwurf einer Theorie über das Wesen und die Erscheinungen des Fiebers; von Dr. Arnold Hiller in Breslau. (Ztschr. f. klin. Med. XXIII. 5 u. 6. p. 399. 1893.)

1) Rabe geht in historischer Reihenfolge die verschiedenen Theorien über das Fieber durch und führt zuletzt aus, wie die Entdeckung der pathogenen Mikroorganismen und ihrer Produkte den Begriff „Fieber" erheblich eingeschränkt und „die Einheitslehre der Neuropathologen zum Wanken gebracht hat". Zu einem Referat ist die verdienstvolle interessante Arbeit nicht geeignet.

2) Hiller geht von der für ihn feststehenden Thatsache aus, dass *das Wesen des Fiebers in einer krankhaften Steigerung der Wärmeerzeugung beruht,* und sucht unter Berücksichtigung auch der Wärmeabgabe die klinischen Erscheinungen des Fiebers zu erklären. Wir geben seine Anschauungen am besten mit seinen eigenen Worten wieder:

„Die *Erscheinungen des Fiebers* gehen hervor aus dem wechselseitigen Verhalten zwischen den Einnahmen und den Ausgaben des Körpers an Wärme. Die Körpertemperatur steigt, wenn die Einnahmen an Wärme grösser sind, als die Ausgaben (Febris ascendens); die Körpertemperatur bleibt gleich hoch, wenn die Einnahmen gleich gross sind den Ausgaben an Wärme, d. i. wenn „Wärmegleichgewicht" besteht (Febris continua, die Eigenwärme des Gesunden); die Körpertemperatur sinkt, wenn die Ausgaben an Wärme grösser sind, als die Einnahmen (Febris descendens).

Das *Verhalten der Wärmeabgabe* des Körpers, welche überwiegend durch die *Haut* erfolgt, wird bestimmt durch die *thermische Empfindung der* unter der Epidermis gelegenen *Nervenendigungen* der Haut. Sowohl die thermische Empfindlichkeit, als auch die absolute Grösse der Wärmeabgabe ist aber sehr verschieden in dem, etwa $^1/_{20}$ der Körperoberfläche einnehmenden *nackten Gebiet der Haut* und der $^{19}/_{20}$ der Oberfläche umfassenden *bekleideten oder dicht behaarten Haut.* In dem ersteren, unmittelbar von der atmosphärischen Luft umspülten, ist die Wärmeabgabe der Raumeinheit bedeutend grösser, aber auch die thermische Empfindlichkeit der Hautnerven durch Gewöhnung erheblich geringer, als in der letzteren. Die thermische Empfindung der Nervenendigungen der bekleideten Haut ist theils wegen dieser grösseren Empfindlichkeit, theils wegen des bedeutenden Umfanges der bekleideten Haut bestimmend für das *Gemeingefühl des Körpers für Kälte und Hitze.*

Die Nervenendigungen der bekleideten Haut sind von Geburt an an eine *bestimmte Geschwindigkeit des Wärmeabflusses von der Haut* gewöhnt, welche einem fast stets gleichen Temperaturunterschied zwischen der Haut (37°) und der Kleideratmosphäre (35°) entspricht. Diese nur innerhalb enger Grenzen schwankende, gleichmässige Geschwindigkeit des Wärmestromes, welche zugleich mit der Erhaltung des Wärmegleichgewichts im Körper verbunden ist, bedingt *thermisches Wohlbefinden* in der Haut. Jede Aenderung der Geschwindigkeit aber wirkt als Reiz (*thermischer Reiz*, — ähnlich dem elektrischen), und zwar hat Beschleunigung des Wärmestromes *Frostempfindung*, Verlangsamung desselben *Hitzeempfindung* zur Folge. Die Wirkung beider Reize ist, wie in der nackten Haut, eine der Ursache entgegengesetzte, also entweder eine die Beschleunigung hemmende, oder eine den verlangsamten Wärmeabfluss beschleunigende; jedoch ist diese Wirkung in der bekleideten Haut in Folge der mangelnden Uebung der glatten Muskelfasern eine langsamere und auch in Folge des geringeren Gehalts an arteriellen Blutgefässen eine weniger ausgiebige.

In der *Febris ascendens* erfolgt das Ansteigen der Hauttemperatur in Folge Erhöhung der Eigenwärme stets früher, als die höhere Erwärmung der Kleideratmosphäre, da die trockene Epidermis ein sehr schlechter Leiter der Wärme ist und fast nur durch Strahlung Wärme abgiebt; die dadurch herbeigeführte Beschleunigung des Wärmeabflusses ist die Ursache des *Fieberfrostes.* Je schneller die Eigenwärme und damit die Hauttemperatur steigt, desto heftiger und anhaltender ist daher der Fieberfrost (*Schüttelfrost*).

Aus gleichem Grunde erfolgt in der Febris descendens, zumal in der *Krisis*, bei jähem Aufhören der fieberhaften Wärmeerzeugung die Abkühlung des Blutes und damit zugleich der blutführenden Haut schneller, als diejenige der Kleiderhülle (Bett); die hierdurch bewirkte zunehmende Verlangsamung des Wärmeabflusses hat *Hitzegefühl und Schweissausbruch* zur Folge.

Hat die fieberhafte Wärmeerzeugung ihren Höhepunkt erreicht, so tritt auch in der Erwärmung der Haut und der Kleiderhülle ein Zeitpunkt ein, in welchem der Temperaturunterschied zwischen beiden wieder eben so gross geworden ist, wie im gesunden Zustande. Die Haut empfindet wieder *Wohlbefinden.* Jede Aenderung der jetzt wieder erreichten Geschwindigkeit des Wärmeabflusses wirkt als Reiz. Wahrscheinlich ist sowohl die Stärke des Reizes, als auch die Empfindlichkeit der Hautnerven in Folge der höheren Temperatur eine grössere. Wiederum hat die jetzt bestehende Geschwindigkeit des Wärmeabflusses die Wirkung, dass die Ausgaben an Wärme den Einnahmen des Körpers völlig gleich geworden sind. *Die Körpertemperatur bleibt auf gleicher Höhe (Febris continua).* Es besteht also wieder *Wärmegleichgewicht*, wie im gesunden Zustande, nur mit dem Unterschiede, dass die Einnahmen und die Ausgaben an Wärme grösser geworden sind. Dieses Gleichgewicht bleibt so lange bestehen, als die Wärmeeinnahme (fieberhafter Krankheitsprocess) und die Bedingungen für die Wärmeabgabe (Bett, Zimmertemperatur) die gleichen bleiben."

Dippe.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

34. **1) Ueber das Ferratin und seine diätetische und therapeutische Anwendung**; von Prof. O. Schmiedeberg. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 2 u. 3. p. 101. 1894. — Centr.-Bl. f. klin. Med. XIV. 45. 1893.)

2) Beobachtungen über die therapeutischen Erfolge des Ferratins; von Dr. M. Banholzer. (Centr.-Bl. f. klin. Med. XV. 4. 1894.)

1) Das *Ferratin* ist diejenige Eisenverbindung, „die wir mit den Nahrungsmitteln aufnehmen und welche in den Geweben als Reservestoff für die Blutbildung sich abgelagert findet". Es enthält etwa 6% Eisen „organisch" an einen Eiweisskörper gebunden. Schm. hat das Ferratin aus der Schweineleber gewonnen und die Firma C. F. Böhringer u. Söhne stellt es rein in grösseren Mengen dar. Das Ferratin ist nicht nur das natürlichste, gar nicht belästigende und am leichtesten verdauliche Eisenpräparat, sondern es ist auch ein Nahrungsmittel und deshalb überall da anzuwenden (namentlich auch bei Kindern), wo neben der Blutbildung auch die allgemeine Ernährung mangelhaft ist.

Man giebt entweder das rothbraune, in Wasser unlösliche Ferratin oder die lösliche Natriumverbindung, bei Erwachsenen täglich zu 1.0—1.5, bei Kindern täglich zu 0.1—0.5.

2) Banholzer berichtet über die in der Klinik von Eichhorst in Zürich erzielten Erfolge. Danach ist das Ferratin in seiner Wirkung den bisher bekannten guten Eisenpäparaten, namentlich den *Blaud*'schen Pillen, an die Seite zu stellen. Vielleicht giebt es in gleicher Zeit einen höheren Hämoglobingehalt, sonst zeigte es zunächst (9 Kr. im Alter von 14—35 Jahren) keine besonderen Vorzüge. Dippe.

35. **Ueber antagonistische Ausgleichung der Nebenwirkung einiger Arzneimittel**; von Dr. F. Schilling in Nürnberg. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 40. 1893.)

1) Sch. hat wiederholt zugleich mit Salicylsäure Ergotin gegeben und damit die unangenehmen Nebenwirkungen der ersteren auf das Gehirn verhindert. Die Salicylsäure erweitert die Blutgefässe, das Mutterkorn verengert sie. Dementsprechend wirkte die Salicylsäure in einem Falle von akuter Ergotinvergiftung schnell und überraschend günstig.

2) Ein ähnlicher Antagonismus, der ebenfalls in der verschiedenen Einwirkung auf die Blutgefässe seinen Grund hat, besteht zwischen Cocain und Amylnitrit. Letzteres hilft vorzüglich bei unangenehmen Cocainerscheinungen und eine Cocaineinspritzung war Sch. in einem Falle von Amylnitritvergiftung von grossem Nutzen.

3) Sch. räth in allen Fällen, in denen man Chloroform anwenden will und Grund hat, dem Herzen nicht recht zu trauen, einige Tage vor der Narkose Digitalis zu geben, bez. unmittelbar vorher 1 g von einem Digitalisinfus 1 : 10 unter die Haut zu spritzen. Dippe.

36. **Kritische Bemerkungen und praktische Erfahrungen über das Antidiphtherin Klebs**; von Dr. Oscar Vulpius. Chirurgische Klinik in Heidelberg. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 6. 1894.)

Sowohl die kritische Durchsicht der Mittheilung von Klebs über das Antidiphtherin, das „Selbstgift" der Diphtheriebacillen, als eigene Versuche überzeugten V. von der Nutzlosigkeit des Mittels. Die Krankengeschichten sind mitgetheilt; von 19 mit Antidiphtherin behandelten Kindern starben 10. Dippe.

37. **Erfahrungen über Albumosen und Peptone.** *V. Weitere Untersuchungen über die Proteine des Tuberkulins;* von W. Kühne. (Ztschr. f. Biol. XXX. 2. p. 221. 1893.)

Das gereinigte Tuberkulin Koch's ist nach K.'s Untersuchungen eine Gemenge, das, abgesehen von ca. $^1/_5$ Aschebestandtheilen, besteht: 1) aus einem Albuminat, 2) aus eigenthümlichen (Akro-) Albumosen, 3) einer Deuteroalbumose, 4) Spuren von Pepton. Alle diese Körper sind aber auch in der Nährlösung enthalten, die nur verdünnter als das Tuberkulin erscheint. Einige der aus dem gereinigten Tuberkulin erhaltenen Stoffe zeichnen sich durch grosse Wirksamkeit aus, doch glaubt K., dass diesen Substanzen der wirksame Körper nur anhaftet, da sie eben auch in der Nährlösung vorkommen. Kann man diese nur als Vehikel zu betrachtenden Stoffe ausschliessen und gänzlich proteinfreie Nährlösungen herstellen, so ist Aussicht vorhanden, des gesuchten Körpers habhaft zu werden. Es ist in der That gelungen, einen derartigen Nährboden herzustellen (wegen seiner Zusammensetzung vergleiche man das Original), auf dem die Tuberkelbacillen sich vortrefflich entwickelten. Die nach 2 Monaten von den lebenden Bacillen abfiltrirte Lösung enthielt weder Albumosen, noch Peptone, dagegen Spuren eines Albuminstoffes und erwies sich als wirksam.
Heffter (Leipzig).

38. **Notiz über das Lycetol (Dimethyl. piperazinum tartaricum), ein harnsäurelösendes Mittel**; von Dr. Hermann Wittzack in Frankfurt a. M. (Allgem. med. Centr.-Ztg. Nr. 7. 1894.)

Dieses neue Piperazinderivat soll, abgesehen von dem niedrigeren Preise und dem besseren Geschmack, verschiedene Vorzüge vor dem Piperazin haben. Es wirkt, wie dieses, diuretisch, stark harnsäurelösend und soll bei Gicht, innerlich gegegeben, von grossem Nutzen sein. Dippe.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

39. **Ueber die diuretische Wirkung des Calomels in Nierenkrankheiten;** von Dr. J. Sklodowski. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 3 u. 4. p. 300. 1894.)

Auf Grund von 14 Beobachtungen im Kindlein-Jesu-Hospital in Warschau ist S. zu der Ueberzeugung gekommen, dass das Calomel bei Nierenkrankheiten angewendet werden darf und oft auch noch in verzweifelten Fällen von Nutzen sein kann. Es wirkt in frischen Fällen und bei schwerer chronischer Nephritis, ohne dass man vorher in diesem oder jenem Falle seine Wirksamkeit voraussehen könnte. Es schädigt nach S.'s Ueberzeugung die kranke Niere nicht und ist dann angezeigt, wenn überhaupt bei der Nephritis Diuretica in Frage kommen. Dippe.

40. **Ueber die harntreibende Wirkung des Diuretin;** von Dr. Joseph Pawiński. (Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 3 u. 4. p. 315. 1894.)

P. hat das Diuretin (Theobrominum natriosalicylicum) in einer grösseren Reihe von Fällen angewandt und die Art seiner Wirkung genau beobachtet. Er fand dabei, dass das Mittel das Herz nur in geringer Weise, etwa wie das Coffein, nicht zu vergleichen mit der Digitalis, beeinflusst, dass es den Druck in den Blutgefässen steigert, dass es weniger als das Coffein auf das Nervensystem wirkt. „Aus dem Gesagten geht hervor, dass das Theobromin nicht blos in chemischer Beziehung, sondern auch mit Rücksicht auf dessen Wirkung auf den Organismus dem Coffein nahe steht. Seine das Cirkulations- und Nervensystem erregenden Eigenschaften sind nicht so auffallend wie beim letzteren, dagegen übertrifft es das Coffein in Bezug auf die diuretischen Eigenschaften, und auch darin nicht immer. Daher soll man bei der Auswahl des einen oder des anderen Mittels dem Princip nachkommen, dass es in Fällen mit adynamischem Charakter zweckmässiger ist, das Coffein anzuwenden, dagegen dort, wo Erethismus prävalirt, viel besser wäre, zu Theobromin zu greifen."

Am besten wirkt das Diuretin zuweilen bei Herzleiden, wenn die Digitalis die Oedeme nicht fortzuschaffen vermag. Bei Nierenkrankheiten ist seine Wirkung weniger sicher. Man giebt 1 g 3—5mal am Tage. Magendarmstörungen sind nicht selten, lassen aber oft trotz Weitergebrauches des Mittels nach. Dippe.

41. **Copaivabalsam als Diureticum;** von S. Bronowski. (Gaz. lekarska 29. 1893.) Polnisch.

In 6 Fällen (3 Lebercirrhosen, 1 Leberkrebs, 1 Herzfehler mit Lebercirrhose und 1 tuberkulöse Pleuritis) hatte Br. die Gelegenheit, den Copaivabalsam auf seine harntreibende Wirkung zu prüfen. Die gewöhnlich erst am 3. Tage eintretende Diurese erwies sich als sehr gross, namentlich bei Flüssigkeitsansammlung in Folge der Lebercirrhose. Reizung der Niere oder andere unerwünschte Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Am empfehlenswerthesten ist die Darreichung des Mittels im emulgirten Zustande. Die Tagesdosen von 6.0 vertragen die Kr. ziemlich gut. Bei Widerwillen gegen das Mittel sind als Corrigens 2.0—4.0 Tinct. Menthae, bei eintretender Diarrhöe eben so viel Tinct. opii hinzuzusetzen. H. Higier (Warschau).

42. **Vergleichende Untersuchungen über die diuretische Wirkung der Digitalis und des Digitalins an Menschen und Thieren;** von Dr. Franz Pfaff. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXII. 1 u. 2. p. 1. 1893.)

Pf. zeigt, dass nach der intravenösen Injektion eines Digitalisinfuses, die Menge des aus den in die Ureteren eingebundenen Glaskanülen abtropfenden Harnes zunimmt, während der Blutdruck gleichfalls, wenn auch meist nicht sehr erheblich, ansteigt. Das von Kiliani neuerdings wieder rein dargestellte und von Böhringer als „Digitalin. verum" in den Handel gebrachte Präparat rief in 8proc. alkoholischer Lösung zu $^1/_2$—2 mg intravenös injicirt stets eine Harnvermehrung hervor, die zeitweise weit über das 20fache der normalen Menge betrug. Da Kaninchen sehr tolerant gegen Digitalin sind, sollte man vielleicht glauben, dass nach grösseren Dosen mit der Erhöhung des Blutdruckes auch die Diurese entsprechend steige, aber im Gegentheil, sie verringert sich, ja sie kann sogar vollständig aufgehoben werden.

Sowohl bei Hunden, wie Katzen, die sich im Allgemeinen schlecht zu Versuchen über Diuretica eignen, war die Vermehrung der Harnabsonderung nur sehr geringfügig, bei Katzen waren besonders die Veränderungen am Cirkulationsapparat nach Digitalin schön entwickelt.

Zu den klinischen Versuchen am kranken Menschen wurde das Kiliani'sche Digitalin als wässrig-alkoholische Lösung, welche derart hergestellt war, dass 10 ccm Alkohol von 8% 4 mg Digitalin enthielten, per os eingegeben. Aus der grossen Zahl von Krankengeschichten und von Sphygmogrammen ergiebt sich, dass unter 16 Kr. bei 13 eine deutliche, zum Theil sehr gleichmässige Beeinflussung des Cirkulationsapparates durch das Digitalin eintrat, bei dreien blieb dagegen eine Wirkung fast vollständig aus. Die Sektion ergab später neben den Klappenfehlern fettige Degeneration des Herzmuskels. In einem anderen Fall bewirkte Diuretin mit Digitalin combinirt nicht nur eine raschere, sondern auch eine bedeutend grössere Diurese, als vorher Diuretin (Theobromin-Natriumsalicylat) allein.

Ueber die Verordnung des Digitalins macht Pf. folgende Angaben: Da, wo es lediglich auf eine Vermehrung der Diurese ankommt, würde man kleinere Gaben anwenden, etwa 3—6mal täglich je 2 mg oder 2—3mal täglich je 4 mg Digitalin. Bei sehr gestörter Cirkulation, wo eine

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

augenblickliche Gefahr von Seiten des Herzens zu befürchten ist, wären dagegen grössere Gaben, 4—6mal je 6 mg täglich, mehr am Platze.

H. Dreser (Bonn).

43. **Des effets physiologiques et thérapeutiques de quelques dérivés jodurés de la xanthine: iodocaféine, iodothéine et iodothéobromine**; par le Dr. G. Rummo. (Semaine méd. XIII. 58. p. 457. 1893.)

R. prüfte die Wirkung, welche Jodverbindungen des Coffeins, Theins und Theobromins auf den Thierkörper ausüben. Direkt auf den Muskel gebracht, bewirkten die Stoffe beim Kaltblüter Verkürzung, Steifigkeit, Schwinden der Querstreifung. Das Jodotheobromin übte keine Wirkung auf das Nervensystem aus, während die beiden anderen Stoffe bei der Rana esculenta tetanische Zustände, bei der Rana discoglossus Muskelsteifigkeit mit erhöhter Reflexerregbarkeit hervorriefen in Folge ihres Einflusses auf das centrale Nervensystem. In mittleren und grösseren Gaben (0.05—0.1) bewirkte Jodocoffein beim Frosch zunächst Beschleunigung, später Verlangsamung der Herzthätigkeit. Die beiden anderen Verbindungen riefen nur eine Abnahme in der Zahl der Herzschläge hervor. Das Jodocoffein machte zunächst die Systole ausgiebiger und kräftiger, später auch die Diastole. Schliesslich wurde die Systole wieder kürzer und weniger kräftig, während die Diastole immer anhaltender wurde bis zum Stillstand des Herzens. Während der letzten Zeit wurde der Herzschlag unregelmässig. Diese Wirkung konnte auch bei Fröschen beobachtet werden, deren Hirn und Rückenmark zerstört war, sowie nach Atropingaben. Beim Warmblüter bewirkte Jodocoffein (intravenös) stets eine Beschleunigung der Herzthätigkeit. Nach Einverleibung grosser Mengen und nach vorhergegangenen Atropingaben wurde die Systole weniger ausgiebig. Der Blutdruck stieg anfangs, sank aber nach grossen Gaben. Der Puls wurde leicht unregelmässig. Schliesslich bewirkte Jodocoffein eine Zusammenziehung der peripherischen Gefässe.

Das Jodocoffein übt seinen Einfluss wesentlich auf die nervösen, das Jodotheobromin vorwiegend auf die muskulären Theile des Herzens aus, während das Jodothein gleichmässig beide beeinflusst. Beim kranken Menschen fand R. Jodocoffein angezeigt, wenn eine ausgiebige Diastole erzielt werden sollte (Insufficienz der Mitralis), Theobromin, wenn die Systole gekräftigt werden musste (Insufficienz der Aortenklappen). Von Nebenwirkungen beobachtete R. krampfartigen Husten, welchen er auf die Ausscheidung des Jod durch die Schleimhaut der Athmungsorgane bezieht. Brückner (Dresden).

44. **Ueber die äussere Anwendung von Guajakol bei fieberhaften Erkrankungen**; von Dr. Stolzenburg. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 5. 1894.)

Dr. S. Sciolla in Genua hat gefunden, dass Guajakol auf die Haut gepinselt, wenn man einen luftdichten Verband darüber legt, die Temperatur Fiebernder stark herabsetzt, und St. konnte diese Angabe nach Versuchen in Senator's Klinik bestätigen. 2—4 ccm auf eine nicht zu grosse Stelle gepinselt, genügen um die Temperatur um einige Grade herabzusetzen. Da aber der Abfall unter starkem Schweiss, der Wiederanstieg unter Frost erfolgt und Beides den Kranken sehr lästig ist und sie erheblich schwächt, so ist diese neue Fieberbehandlung sicherlich nur mit Vorsicht zu verwenden. Eine ungünstige Wirkung auf die Haut oder auf die inneren Organe war nicht zu bemerken, eben so wenig eine günstige Einwirkung auf den Gesammtverlauf der Krankheit. Dippe.

45. **Action antipyrétique des badigeonnages de Gajacol sur la peau**; par Robillard. (Gaz. de Par. LXIV. 37. 1893.)

R. wendete das Guajacol äusserlich, in der Regel zu 1 g, auf Brust, Rücken, Arm oder Oberschenkel gebracht, bei 3 Tuberkulösen mit Fieber an und erhielt hierbei folgendes Ergebniss: 1) Das Guajacol, auf die Epidermis applicirt, setzt die Temperatur constant und viel rascher herab, als das Chinin; der Abfall beträgt zuweilen mehrere Grade. 2) Die Wahl des Orts und die Grösse der Oberfläche sind von keiner Wichtigkeit hinsichtlich der Wirkung. 3) Es scheinen 0.50 g zu einer ausgezeichneten Wirkung zu genügen, dagegen ist die Reinheit des Präparates von Wichtigkeit, da sich bei Anwendung kreosothaltiger Präparate die Kranken über Brennen beklagten, auch die Haut sehr roth wurde. 4) Die Kranken fühlten sehr bald die gute Wirkung, aber alle beklagten sich über Vermehrung des Schweisses und ausgesprochenen Guajacolgeschmack. Der Harn war vermehrt; obgleich eine Untersuchung auf Guajacol negativ ausfiel, glaubt R. doch an eine Aufnahme desselben durch die Haut.

Auch bei 2 Typhösen ging die Temperatur nach äusserer Anwendung von Guajacol herab, und zwar in dem einen Fall innerhalb 2 Stunden von 39.5° auf 37.7°, in dem anderen von 40.5° innerhalb 3 Stunden auf 38.2°; beiden waren auf die Brust je 2 g Guajacol applicirt worden.

O. Naumann (Leipzig).

46. **Das Amylenhydrat**; von Prof. Erich Harnack u. Dr. Hermann Meyer. (Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 3 u. 4. p. 374. 1894.)

H. u. M. haben eingehende pharmakologische Untersuchungen über das Amylenhydrat angestellt und sind dabei zu folgenden Ergebnissen gekommen:

„I. Das Amylenhydrat lähmt successive gleich dem Alkohol sämmtliche Theile des centralen Nervensystems nach vorhergehender Erregung einzelner Gebiete. II. Bei Pflanzenfressern tritt ruhiger

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Schlaf ein, bei Hunden und Katzen stehen die Excitations- und überhaupt schwerere Intoxikationserscheinungen im Vordergrunde. III. Lethale Dosen sind: pro Kilo Katze ca. 1.0 Amylenhydrat, pro Kilo Kaninchen ca. 1.5 Amylenhydrat, pro Kilo Hund ca. 2.0 Amylenhydrat und darüber je nach der Grösse des Thieres. IV. Die Temperatur wird bei kleineren Warmblütern durch mittlere Dosen um 4—5°, durch grosse Dosen um 10—12° herabgesetzt! Selbst bei Hunden kommen Abnahmen um 6° vor. Die stärksten Abnahmen werden bei der Combination von Amylenhydrat mit gewissen krampferregenden Giften (Santonin u. s. w.) beobachtet. Die enorme Abkühlung steigert die Todesgefahr, künstliche Erwärmung des Thieres verringert sie. V. Die Respiration erfährt zuerst eine Verstärkung der Athemzüge an Zahl und Tiefe, dann eine allmähliche Schwächung bis zur Lähmung des Respirationscentrums. VI. Die Pulscurve beim Menschen kann bereits nach einer Gabe von 4.0 Amylenhydrat gewisse typische Veränderungen zeigen (Abnahme der systolischen Elevation und Verschwinden der Dicrotie). VII. Der Blutdruck sinkt bei Warmblütern langsam und gleichmässig bis zum Tode. VIII. Das Amylenhydrat wirkt in eigenthümlicher Weise auf den quergestreiften Muskel ein: die Leistung des Froschherzens wird zeitweilig enorm erhöht, es tritt darauf ein plötzlicher Abfall, danach Unregelmässigkeit und schliesslich Herzmuskellähmung ein. IX. Die Leistung des Froschmuskels wird durch Amylenhydrat anfangs erheblich gesteigert, worauf dann Lähmung der Muskelsubstanz erfolgt. X. Das Amylenhydrat vermag die krampferregende Wirkung verschiedener Gifte (Santonin, Pikrotoxin, Strychnin) erheblich abzuschwächen und zu verzögern. XI. Es erscheint als lohnend, die temperaturerniedrigende Wirkung der Combination Amylenhydrat-Santonin am Krankenbett zu erproben. XII. Dies erscheint um so aussichtsreicher, als das Amylenhydrat, wofern es in den Magen eingeführt wird, auch die Harnstoffausscheidung verringert, also die Umsetzung stickstoffhaltigen Materials im Organismus augenscheinlich vermindert. In Folge subcutaner Beibringung des Mittels, die sich in praxi auf's Strengste verbietet, tritt dagegen Steigerung der Harnstoffausscheidung ein, wahrscheinlich im Zusammenhang mit der sehr heftigen lokalen Wirkung des Mittels auf das Gewebe, die zur Abscessbildung und Gewebenekrose führt." Dippe.

47. **L'Acido nitroso come veleno del colera e il suo antidoto**; per G. Pasqualis e G. Opocher. (Estratto delgi atti del R. Istituto Veneto di sc. etc. V. 1892—93.)

Der constante Gehalt der Kommabacillenculturen an Nitriten (Brieger), sowie der choleraähnliche Verlauf der Nitritvergiftung bei Thieren und Menschen, die durch Erbrechen, Cyanose, subnormale Temperatur, Durchfall, Krämpfe, Aufhören der Harnabsonderung, Bildung von Methämoglobin im Blute charakterisirt ist, bewogen Emmerich und Tsuboi zur Annahme, dass die Cholera eine Nitritvergiftung sei. Am naheliegendsten war nun der Gedanke, diese Vergiftung nach toxikologischen Grundsätzen zu bekämpfen. In der That versuchten E. u. T. an Thieren und im Reagenzglase die Nitrite entweder durch Oxydationsmittel in Nitrate, oder durch Reduktionsmittel in Ammoniak, oder durch Amide in Stickstoff und Wasser überzuführen und so ihre Giftwirkung aufzuheben. Im Gegensatze zu den Münchner Forschern gelang es P. u. O., durch eine Reihe von Versuchen an Kaninchen unter verschiedenen Bedingungen den Nachweis zu erbringen, dass die Cholera nicht eine Nitritvergiftung, sondern eine Intoxikation mit der von den Kommabacillen hervorgebrachten salpetrigen Säure ist. Demnach gestaltet sich auch das Problem der Therapie viel einfacher. Es genügt, ein Mittel ausfindig zu machen, das ohne dem Kranken zu schaden, die Säure neutralisirt. Hierzu eignet sich, wie Thierversuche zeigten, die Verabreichung erheblicher Gaben kohlensaueren Kalkes per os. Die Erfahrung am Krankenbette, die noch fehlt, da die Gegend, in der P. u. O. experimentirten, von Cholera nicht heimgesucht war, wird lehren, ob jenes neue Mittel den theoretisch gehegten Erwartungen entspricht.

Die Ergebnisse, zu denen P. u. O. gelangten, lassen sich in folgenden Sätzen kurz zusammenfassen: 1) Die Einführung von Natriumnitrit in den Magen eines hungernden Kaninchens in der Dosis von 0.1 g pro Kilo Körpergewicht tödtet binnen 1 Stunde unter choleraähnlichen Symptomen. Mit der Einführung von 0.3 g pro Kilo erfolgt sofort der Tod. 2) Wenn man in den Darmkanal in Klystirform selbst 0.3 g Nitrit pro Kilo bringt, so erholt sich das Thier nach vorübergehendem Unwohlsein. 3) Die subcutane Einspritzung von 0.3 g Nitrit pro Kilo ist fast harmlos und das Thier bietet nur Zeichen leichten Unwohlseins. 4) Injicirt man in den Darmkanal 0.2 g Natriumnitrit pro Kilo, das mit Citronensäure angesäuert ist, so tritt in $^1/_4$ Stunde der Tod ein. 5) Die subcutane Einspritzung von 0.1 g angesäuerten Nitrites führt sofort Krämpfe und nach wenigen Minuten den Tod herbei. 6) Wenn man Nitrite selbst in der Maximaldosis von 0.3 g pro Kilo sammt einer Substanz in den Magen einführt, die die Säure des Magensaftes zu neutralisiren vermag, wie kohlensaurer Kalk, so bleibt das Gift wirkungslos. 7) Bringt man Nitrite in den Magen bis zur Dosis von 0.3 g pro Kilo und macht man gleichzeitig subcutane Einspritzungen von 0.6 g Natriumcarbonat behufs Erhöhung der Blutalkalescenz, so wird das Versuchsthier für die Giftwirkung refraktär. 8) Wenn man einem mit Natriumnitrit vergifteten Thiere zu einer Zeit,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

wann bereits die sichtbaren Krankheitsymptome ausgebrochen sind, Natriumnitrit einspritzt, so genest das Thier sehr oft.

Jacob Gentilli (Görz).

48. **Zur Lehre von den nervösen Nachkrankheiten der Kohlenoxydvergiftung**; von Dr. E. Becker. Aus der med. Klinik von Ebstein in Göttingen. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 24. 1893.)

Die von Cramer beobachtete, durch die Sektion bestätigte multiple Sklerose nach Kohlenoxydvergiftung veranlasst B., auf den von ihm selbst einige Jahre früher nach Leuchtgasvergiftung beobachteten gleichen Fall zurückzukommen und dessen weiteren Verlauf innerhalb der letzten Jahre zu beschreiben. Danach traten die früher bereits vorhanden gewesenen Erscheinungen: der Tremor, die scandirende Sprache, das Zitterige der Schriftzüge, die Unsicherheit des Gehens und der Drehschwindel, die spastischen Erscheinungen und endlich die Abnahme der Intelligenz und eine gewisse psychische Schwäche immer mehr hervor, so dass jetzt, d. h. nach 4 J., an der damals gestellten Diagnose wohl nicht mehr zu zweifeln ist und wahrscheinlich auch die pathologisch-anatomischen Veränderungen unterdess fortgeschritten sind. Diese bestanden bei der 71jähr. Kr. Cramer's 1) in diffus verbreitetem Faserschwund in der Hirnrinde, 2) in Atrophie der Ganglienzellen der Rinde, 3) in hyaliner Entartung eines Theiles der Gefässe in Stammganglien, Pons und Medulla und 4) in einer diffusen Wucherung der Neuroglia im gesammten Mark des Grosshirns und an einer kleinen Stelle in der Decke des Aquaeductus Sylvii. O. Naumann (Leipzig).

49. **Ueber akute Carbol-Intoxikation**; von Dr. Alois Rumbold. (Wien. med. Wchnschr. XLIII. 34. 1893.)

R. berichtet über eine in selbstmörderischer Absicht vorgenommene und tödtlich verlaufene Vergiftung mit rohem Carbol, wie es zum Desinficiren der Pissoirs verwendet wird.

Der bewusstlos in der Nähe eines Pissoirs aufgefundene Kr. war stark cyanotisch, hatte äusserst zusammengezogene, gegen Licht nicht reagirende Pupillen, war völlig widerstandslos, hatte öfters Zuckungen, die besonders beim Streichen der Haut mit der Nadelspitze hervortraten, war jedoch sonst auf Reize unempfindlich. Puls 65, Temperatur 36.5°, Athmung dyspnoisch, im Harn kein Eiweiss, kein Zucker, Patellarreflexe und Fussclonus fehlend. Therapie, da Magenauspumpung unmöglich, von 10 zu 10 Min. reichlich eine subcutane Campher-Aethereinspritzung und, wegen unregelmässig werdender Athmung, künstliche Respiration, Hautreize. Tod nach 7 Stunden. Bei der *Sektion* zeigten sich: Blutüberfüllung des Gehirns, seröse Infiltration der weichen Hirnhäute, Rachen und Speiseröhre weisslich getrübt, im Magen ca. 1 Liter stark nach Carbol riechender Flüssigkeit mit theerartig schwarzer Schicht, Schleimhaut grauviolett, Oberhaut theilweise abgelöst oder leicht in Fetzen ablösbar, im untersten Ileum theerartig ölige Tropfen, Nieren blutreich, in der Blase reichlicher dunkler Harn. Die hervortretendsten Erscheinungen waren also im vorstehenden Falle: rasche Bewusstlosigkeit, Bewegungsunfähigkeit, verbunden mit Muskelzuckungen, Athmungstörung (Cheyne-Stokes'sche Erscheinungen), Tod durch Asphyxie. Auffällig war das Fehlen der sonst beobachteten Convulsionen und des Erbrechens, endlich der verhältnissmässig spät erfolgende Tod, welcher nach anderen Beobachtern bei Verwendung von 6 bis 30 g reiner Carbolsäure schon nach 5 Min. bis 1½ Std. einzutreten pflegt.

Schliesslich erwähnt R. noch, dass die von ihm an Kaninchen mit dem von Husemann als Gegengift empfohlenen Zuckerkalk angestellten Versuche keinen besonderen Erfolg gezeigt hätten. Von Sonnenburg wurden subcutane Einspritzungen von Natriumsulfatlösung empfohlen, weil sie nach Baumann die Umwandlung der reinen Carbolsäure in gepaarte Schwefelsäure begünstigen. Naumann (Leipzig).

50. **1) Hämatoporphyrin im Harn nach Trional**; von Dr. Ernst Schultze. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 7. 1894.)

2) Ueber Nierenveränderungen bei Sulfonalvergiftung; von Dr. B. Stern in Breslau. (Ebenda 10.)

1) Dass das Sulfonal nach längerem Gebrauch auch kleiner Dosen recht schwere Vergiftungserscheinungen mit Auftreten von Hämatoporphyrin im Harn hervorrufen kann, ist mittlerweile genugsam bekannt. Das ihm sehr nahe stehende Trional schien bisher harmloser und schien nur auf ein an sich krankes, schwaches Herz bedenklich einzuwirken. Nun hat aber Sch. einen Fall beobachtet, bei einer 54jähr. Geisteskranken, in dem, nachdem etwa 1 Mon. lang allabendlich Trional zu 0.5—1.5 gegeben war, dieselben schweren Erscheinungen wie nach Suflonal mit Hämatoporphyrinurie auftraten und zum Tode führten. Also auch hier ist Vorsicht geboten und namentlich zu beachten, ob der Harn die charakteristische rothe Farbe annimmt.

2) Der Fall von Stern schliesst sich den bereits bekannt gewordenen vollkommen an.

Eine 70jähr. Frau (die Frauen sind augenscheinlich gegen das Mittel besonders empfindlich) hatte mit nur kurzen Unterbrechungen seit Anfang September 1892 allabendlich anfangs 1, später 2 g Sulfonal genommen. Am 22. Jan. 1893 fiel dem behandelnden Arzt die dunkle Farbe des Harns auf: Hämatoporphyrin, vorübergehend Spuren von Eiweiss, kein Zucker, kein Gallenfarbstoff, kein Aceton. Aussetzen des Sulfonal; Ende Januar Koma, Tod. Alles in Allem hatte die Kr. etwa 150 g Sulfonal genommen.

Bei der *Sektion* fand man u. A. eine richtige toxische Nephritis mit ausgedehnter Nekrose der Harnkanälchen-Epithelien. Dippe.

51. **Ein Fall von chronischer Bleivergiftung**; von Wilhelm Ebstein in Göttingen. (Virchow's Arch. CXXXIV. 3. p. 541. 1893.)

Der Fall liefert einen Beitrag zu der schädlichen Einwirkung des Bleies auf die Nieren.

Ein 43jähr. Lackirer hatte vor 8 Jahren einmal Bleikolik gehabt. Er starb an chronischer Nephritis (Granularatrophie als „Produkt einer gemischten, nämlich einer chronisch parenchymatös degenerativen und interstitiell produktiven Nephritis") und E. hält diese für eine Wirkung des Bleies, um so mehr, als im Gehirn des Kr. Blei nachgewiesen werden konnte. Zeichen von Encephalopathia saturnina hatten nicht bestanden. Dippe.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

52. **Ein Fall von Rindenblindheit**; von Prof. Magnus in Breslau. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 4. 1894.)

In den letzten Jahren wurden von Förster u. A. mehrere Fälle von doppelseitiger Hemianopsie cortikalen Ursprungs beschrieben. Sie sind darum von besonderem Interesse, weil mit der Sehstörung auch eigenthümliche Störungen der Gehirnthätigkeit verbunden sind. Dies zeigte sich sehr klar bei dem von M. behandelten Kranken.

Ein 52jähr., gut genährter, in den besten Verhältnissen lebender Mann war mit dem 39. Lebensjahre „an einer plötzlichen linkseitigen Hemiparese und linkseitiger homonymer Hemiopie" erkrankt; das Bewusstsein ging damals nicht verloren, doch trat eine auffallende Gedächtnissschwäche ein. Diese hob sich wieder, ebenso verschwand die Körperlähmung und es blieb nur die Hemianopsie mit Neigung zu Kopfschmerzen. Der Pat. lebte wie früher, ging auf die Jagd u. s. w. 10 Jahre später trat ein zweiter Anfall mit Bewusstlosigkeit auf; nach ein paar Tagen war wieder Alles vorüber. Vor Kurzem nun trat plötzlich auf der Strasse ohne Bewusstlosigkeit rechtseitige Hemianopsie auf ohne Lähmung der Körpermuskeln.

Bei der nach 3 Wochen erfolgten Untersuchung fand M. Folgendes. Der Kr. machte den Eindruck vollständiger Blindheit, und doch ergab eine genaue Untersuchung, dass er nach Correktion seiner Presbyopie noch feine Druckschrift Sn III mühsam lesen konnte. Nur wurde es ihm schwer, die Buchstaben und Worte zu finden; selbst bei dem Versuche, den eigenen Finger direkt vor dem Gesichte zu fixiren, pendelten die Augen planlos umher. Eine Perimeter-Aufnahme war daher vorläufig nicht möglich.

Daneben bestand nun eine auffallende Störung des Orientirungsvermögens. Der Kr. war nicht im Stande, einen Weg zu beschreiben, den er jahrelang gegangen, die Lage der Zimmer seines Hauses vermochte er nicht anzugeben, ja fand nicht einmal das Sopha vom Bette aus oder umgekehrt in seinem Schlafzimmer, in dem er sich doch schon seit Wochen ausschliesslich aufhielt. Ein Blinder wäre dazu nach kürzester Zeit im Stande. Mit dem Verluste aller topographischen Vorstellungen von früher her ist auch die Fähigkeit, neue topographische Erinnerungen sich anzueignen, verloren gegangen. Im Uebrigen war das optische Gedächtniss des Kr. unversehrt, er rechnete und schrieb gut, hatte normalen Farbensinn. Der Augenhintergrund war normal.

Das Sehvermögen besserte sich im Laufe der nächsten Wochen und trotzdem blieb das Unvermögen der Orientirung, so dass der Kr. ein paar Monate nach dem Anfalle noch nicht die Stellung der Möbel seines Zimmers und ähnliche einfache topographische Verhältnisse begreifen oder festhalten konnte.

In der Epikrise bespricht M. die Ansicht von Groenouw, dass die Störung des Ortsinnes auf dem Verluste einer grossen Zahl optischer Erinnerungen beruhe. Wenn dem so wäre, warum geschieht dann keine neue Anlage von Erinnerungsbildern? Der Kranke sieht und erkennt doch innerhalb seines centralen Gesichtsfeldes alle Gegenstände als solche. M. glaubt, dass „die topographischen Kenntnisse auf der Erinnerung an bestimmte Combinationen des Zusammenwirkens (Kopf-Armmuskulatur, Netzhautzeichen) von Faktoren beruhe" und dass die Störung der associativen Verknüpfung verschiedener Hirncentren die Erscheinungen bei doppelseitiger Hemianopsie erkläre. Lamhofer (Leipzig).

53. **Ein unter dem Bilde eines Gehirntumor verlaufender Fall von chronischem idiopathischen Hydrocephalus internus, complicirt mit symptomloser Syringomyelie**; von Dr. Heinz Kupferberg. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 1 u. 2. p. 94. 1893.)

Bei einem 48jähr. Manne stellten sich ohne weitere Vorboten ziemlich plötzlich Retentio urinae, Kopfschmerz und Schwindel ein; letzterer wurde so stark, dass der Kr. umstürzte und bewusstlos wurde. Dazu kamen dann zeitweise klonische und tonische allgemeine Krämpfe und Erbrechen; die Kopfschmerzen dauerten an, das Bewusstsein kehrte zurück, um bei den Krämpfen wieder zu schwinden.

Die Untersuchung ergab leichte Nackenstarre, Kopfschmerz, auch bei Beklopfen, starkes Schwindelgefühl beim Aufrichten, psychische Depression, leichte Gedächtnissschwäche. Die Sehschärfe war stark herabgesetzt; ophthalmoskopisch Stauungspapille und Retinahämorrhagien nachweisbar. Ebenso wurden die Krampfanfälle mit Bewusstseinstörung, Erbrechen und Pulsverlangsamung nachgewiesen. Wenn der Kopfschmerz besonders heftig wurde, liessen sich deutliche Pulsverlangsamung und Erweiterung der linken Pupille nachweisen. Im weiteren Verlaufe kamen dazu linkseitige Oculomotoriusparese und Abducensparese, reflektorische Pupillenstarre und rechtseitige Facialisparese. Endlich vollkommene Amaurose, Incontinentia vesicae et alvi; auch die Anfälle wurden häufiger, zuletzt traten sie täglich auf. Ganz plötzlich erfolgte der Tod.

Bei der Stellung der Diagnose musste ein in der Gegend des Mittelhirns sitzender, langsam wachsender Tumor als das Wahrscheinlichste angenommen werden, vielleicht nebenbei noch sekundärer Hydrops.

Die *Autopsie* ergab nun keinerlei Herderkrankungen, sondern einen Hydrops des 3. Ventrikels, dessen Wand nach unten zu vorgetrieben war und auf Chiasma, Oculomotorius, Abducens und Facialis gedrückt hatte. Ausserdem fand man im Rückenmark, in den beiden Hörnern der grauen Substanz von der Oblongata an bis zur Mitte des Dorsalmarks eine Spaltbildung. An der Wand der Höhle war Epithel nirgends zu entdecken, wie denn überhaupt irgend welche Gliawucherung oder Residuen früherer akuter Processe vollkommen fehlten.

K. bespricht sodann die Pathogenese der Spaltbildung und hält diese für eine congenital präformirte. Damit würde auch sehr gut der Hydrocephalus internus zusammenstimmen, der dann auch als congenital anzusprechen wäre und im späteren Leben aus irgend welchen Gründen rapid zugenommen hätte, während die Spaltbildung im Rückenmark wohl nur sehr langsam gewachsen ist.

K. theilt sodann noch 4 ähnliche Fälle im Auszuge mit, in denen auch die typischen Hirndrucksymptome bestanden, weil eben auch die Wand des 3. Ventrikels nach unten sackförmig vorgetrieben war.

Für die Complikation von Hydrocephalus internus mit Syringomyelie findet K. 15 Beispiele in der Literatur, jedoch keinen Fall, in dem es sich

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

um einen idiopathischen Hydrocephalus der Erwachsenen gehandelt hätte.

Dass die Spaltbildung keinerlei Symptome macht, ist schon öfter beobachtet; auch dafür bringt K. 9 Fälle aus der Literatur bei. Dann geht er des Näheren auf die Pathogenese der Syringomyelie überhaupt ein. E. Hüfler (Chemnitz).

54. **De l'encéphalite aiguë hémorrhagique**; par le Dr. Ch. Patru. (Revue méd. de la Suisse rom. XIII. 9. p. 560. 1893.)

Eine Frau war mit gewöhnlichen puerperalen Symptomen 24 Std. nach der Geburt erkrankt. Diese Symptome gingen zurück, jedoch 11 Tage nachher bekam sie plötzlich heftige Kopfschmerzen und mehrere epileptiforme Anfälle. In ziemlich komatösem Zustande, der von Zeit zu Zeit durch die Anfälle, deren sie bis zum Tode in 5 Tagen etwa 30 hatte, unterbrochen wurde, kam sie zur Klinik. Die Temperatur schwankte zwischen 38 und 40.7. Die Diagnose wurde auf puerperale Meningitis gestellt, jedoch durch die Autopsie nicht bestätigt. Es fand sich eine akute hämorrhagische Encephalitis: capilläre Blutungen, rothe Erweichung, Thrombosen der Piavenen.

Es lag am nächsten, an eine puerperale Infektion zu denken. Jedoch bietet die Literatur einen ähnlichen Fall nicht; und wenn man nicht eine akute hämorrhagische puerperale Encephalitis neu schaffen will, wird man bis auf Weiteres diesen Fall wohl unter die bisher veröffentlichen, in ihrer Aetiologie noch dunkeln, einreihen müssen.

E. Hüfler (Chemnitz).

55. **Idiotie et épilepsie symptomatiques d'une anomalie cérébrale** *(Tumeur des tubercules mamillaires)*; par Bourneville et P. Sollier. (Progrès méd. 2. S. XVIII. 44. 1893.)

Bei einem Kinde, das mit 8 J. starb und das hereditär eigentlich wenig belastet war, traten 8 Std. nach der Geburt zum ersten Male Krämpfe auf, die vollkommen epileptischen glichen. Von da ab wiederholten sie sich für den Rest des Lebens täglich, wenn sie auch nicht sehr stark waren. Während der Anfälle ging der Urin ab, wie denn überhaupt das Kind immer unter sich gehen liess. Manchmal wechselten die Anfälle ab mit blossem Schwindelgefühl und Blässe. So hatte das Kind 1891 130 Anfälle, und 306mal Schwindel, 1892 348 und 452. Das Kind war idiotisch, sehr aufgeregt, ungezogen; es ging im 8. Lebensjahre nach gehäuften Anfällen zu Grunde.

Bei der Autopsie fand man an Stelle der Corpora mamillaria einen Tumor, der histologisch den Eindruck einer Gehirnwindung machte, mit Nervenzellen und Nervenfasern, und der die Pia schliesslich durchbrochen hatte. Darauf mussten wohl die Anfälle bezogen werden, während die sonstigen Abnormitäten, Verwachsungen der Dura mit dem Schädel, wohl als sekundär unter dem Einfluss der mit den Anfällen verbundenen Cirkulationsstörungen entstandene betrachtet werden dürfen.

E. Hüfler (Chemnitz).

56. **Ueber einen scheinbar heilbaren bulbärparalytischen Symptomencomplex mit Betheiligung der Extremitäten**; von Dr. S. Goldflam in Warschau. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 3 u. 4. p. 312. 1893.)

Den unheilbaren Fällen von Bulbärparalyse stehen auch heilbare, oder wenigstens beträchtlicher Besserung fähige gegenüber. G. theilt 3 derartige Fälle eigener Beobachtung mit.

Im 1. Falle handelte es sich um einen 25jähr. Arbeiter, der im Laufe von 2 Wochen an Bulbärsymptomen erkrankt war. Kopfbewegungen, Sprache, Schlucken wurden erschwert, Schmerzen und Parästhesien im Nacken traten auf, dann wurden auch Arme und Beine befallen. So blieb der Zustand etwa 4 Wochen. Die Bulbärsymptome waren ausgesprochen, seitens des Facialis bestand Lagophthalmus, auch Gräfe'sches und Stellwag'sches Symptom. Nacken-, Hals-, Bauch- und Respirationsmuskeln, ferner die grossen, am Rumpfe sich inserirenden Muskeln, Deltoides, Iliopsoas, rechts waren paretisch und sehr leicht bis zur Lähmung zu erschöpfen. Das Gleiche galt auch für die bulbären Muskeln, selbst für die Patellareflexe. Charakterisirt war der Verlauf durch die entschieden auftretende Besserung, zuerst im Bereiche der Cerebralnerven, dann im Bereiche der spinalen, wenn auch durch mehrfache Rückfälle die Besserung unterbrochen wurde. Nach Verlauf von 6 Mon. war der Kranke im Wesentlichen wieder gesund.

Im 2. Falle war ein 27jähr. Mann ebenfalls in 2 Wochen von einer grossen motorischen Schwäche in Armen, Oberschenkeln, Nacken- und Bauchmuskeln, und einer sehr leichten Ermüdbarkeit beim Kauen befallen worden. Bei der Untersuchung auf der Höhe der Krankheit fand man wieder Schwäche der Rumpf- und der Gliedermuskeln, des unteren Facialis und des motorischen Quintus. Nach längerem Reden, bei geringer Anstrengung trat schon Kurzathmigkeit ein, und sehr bald sank die Funktion der paretischen Muskeln auf Null. Auch dieser Kranke war nach $6^1/_2$ Mon. schon sehr gebessert, bekam noch 1mal ein kurzes Recidiv und wurde dann vollkommen gesund.

Im 3. Falle handelte es sich um eine 22jähr. Lehrerin. Hier entwickelte sich die Krankheit zur vollen Höhe etwa in 2 Monaten. Sie begann mit Kopfschmerzen, Ptosis, Diplopie, Kau- und Sprachbeschwerden, Schwäche in Kopf- und Armmuskeln. Besonders erschwert war das Schlucken; sehr leicht trat Dyspnöe auf. Allmählich wurden auch die Beine befallen. Ebenso war wieder die leichte Erschöpfbarkeit der Muskeln zu bemerken, die sich auch gegenseitig beeinflussten. So wurde die Sprache schlecht nach Ermüdung der Glieder. Allmählich aber besserte sich doch der Zustand beträchtlich, verschlimmerte sich aber nach einiger Zeit wieder, um sich wieder zu bessern. Vollkommen geheilt ist diese Kranke nicht.

Jedenfalls sind allen 3 Fällen gemeinsam die motorische Schwäche, das frühzeitige Auftreten bulbärer Symptome, besonders von Kaustörungen, das Uebergreifen auf die Rumpf- und die Gliedermuskeln; ferner ist charakteristisch das rasche Anwachsen der Symptome, und die remittirende Besserung. In den Rahmen bisher bekannter Krankheitsbilder passen diese Fälle nicht. G. zieht dann ähnliche Fälle aus der Literatur an, von Erb, Oppenheim, Eisenlohr u. A., und kommt zu dem Schlusse, dass das Krankheitsbild doch genügend charakterisirt ist, um diagnosticirt werden zu können. Wahrscheinlich handelt es sich doch um eine Giftwirkung, wie ja auch auf der Höhe des Typhus bulbärparalytische Symptome beobachtet worden sind. E. Hüfler (Chemnitz).

57. **Pachyméningite cervicale hypertrophique d'origine syphilitique**; par Le Boeuf. (Journ. de Bruxelles LI. 32. p. 513. Août 1893.)

Ein 37jähr. Mann, der früher mit Ausnahme einer 2maligen Knochenerkrankung an der Tibia gesund gewesen war, Lues läugnete, erkrankte mit Schmerzen in den Schulterblättern und in den Armen. Am Tage der Aufnahme in's Krankenhaus trat Lähmung der Beine ein. Am Daumenballen Atrophie. Sensibilität des Körpers vom Zwerchfell an abwärts bedeutend herabgesetzt. Patellareflexe sehr erhöht. Rechte Pupille weiter als die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

linke, beide reagirten gut auf Licht. Das rechte Augenlid hing herab, die Zunge wich nach rechts ab. Incontinentia urinae. Wirbelsäule am Halstheil leicht verkrümmt, auf Druck nicht schmerzhaft. Tod durch hypostatische Pneumonie.

Bei der *Sektion* fand man die 3 letzten Hals- und den obersten Brustwirbel in eine einzige spongiöse und cariöse Masse verwandelt, in deren Mitte das Rückenmark von einem ringförmigen ausgebreiteten Tumor umgeben war. Dieser reichte, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, 6 mm weit in die Vorderstränge hinein. In den Hintersträngen und an der Peripherie der Vorderstränge vereinzelte sklerotische Herde, das Bindegewebe überall vermehrt, die Gefässwandungen durchweg verdickt. Der Centralkanal war ausgefüllt von einer Menge epithelartiger Zellen und stark erweitert, auch noch im oberen und unteren Brustmarke. Der Tumor ging von der Pia aus, die Dura war vollkommen intakt. Er bestand aus einer inneren sehr bindegewebereichen Schicht, in der sich zahlreiche Gefässe mit verdickten Wandungen fanden, und einer äusseren, lediglich durch neugebildete Zellen ohne Gefässe gebildeten. Am Herzen fand man eine Verdickung an der Mitralklappe und Myocarditis; die Leber war stark eingeschnürt, die Nierenkapsel indurirt.

Le B. hält die Affektion für eine syphilitische Pachymeningitis, theils wegen der charakteristischen Gefässveränderungen, theils wegen des Befundes an Leber und Nieren.

Windscheid (Leipzig).

58. **Ueber einen Fall von chronischer Compression des Halsmarks mit besonderer Berücksichtigung der sekundären absteigenden Degenerationen**; von Dr. Hans Daxenberger. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 1 u. 2. p. 136. 1893.)

Ein 22jähr., bisher gesunder Mann erkrankte 10 J. vor seinem Tode mit Schwäche beider Beine und des rechten Arms. Schmerzen in Nacken und Hinterkopf waren nie vorhanden. Die Motilität war rechts viel stärker gestört als links. Am Arme waren Triceps, Interossei, Thenar und Antithenar fast völlig gelähmt und atrophisch; Hand und Fingerbeuger paretisch. Das Bein war vollkommen gelähmt und atrophisch. Durch rechtseitige Lähmung der Rumpf- und Rückenmuskeln war eine starke Skoliose entstanden. Ebenso waren Bauchmuskeln, Blase und Mastdarm vollkommen gelähmt. Der linke Arm war atrophisch, jedoch nicht gelähmt. Der Kranke war damit sogar im Stande, alle möglichen Bilder, Buchstaben und Aufschriften sehr nett und sauber zu zeichnen. Mit dem linken, atrophischen Beine konnten noch schwache Bewegungen ausgeführt werden. Die Sensibilität war besonders am rechten Vorderarme sehr herabgesetzt; das linke Bein war fast vollkommen anästhetisch. Am rechten Bein und linken Arm liessen sich nur geringe Sensibilitätstörungen nachweisen. Die Sehnenreflexe an den Beinen waren stark erhöht; die Hautreflexe am rechten Bein stärker als links.

Dieser Zustand bildete sich allmählich im Laufe von 6 Jahren aus und blieb dann 4 Jahre unverändert. Der Tod trat durch eine Pneumonie ein.

Bei der Diagnose musste natürlich an eine Erkrankung des unteren Halsmarks gedacht werden. Wegen des vollkommenen Fehlens lokaler Symptome an der Wirbelsäule wurde an eine primäre Erkrankung der Wirbel nicht ernstlich gedacht, und eine Syringomyelie angenommen, und doch ergab die *Sektion* eine geheilte alte Caries des ersten Brustwirbels, und eine dadurch verursachte Compression des Halsmarks zwischen letztem Hals- und erstem Brustwirbel mit ab- und aufsteigenden sekundären Degenerationen im Rückenmarke. Der letzte Halswirbel war auf der schrägen Fläche des durch die Caries verkleinerten ersten Brustwirbels nach vorn, der letztere nach hinten gerückt, und hatte so das Rückenmark abgequetscht. Es war von der rechten Hälfte des Rückenmarks der grösste Theil durch die Compression untergegangen. Interessant war das Verhalten der auf- und absteigenden Degeneration. Die aufsteigende sekundäre Degeneration betraf die Kleinhirnseitenstrangbahn und die Goll'schen Stränge, wie gewöhnlich. Ebenso war die absteigende Degeneration der Pyramidenbahn ein gewöhnlicher Befund. Beachtenswerth war jedoch die absteigende Degeneration in den Hintersträngen; sie betraf einmal einen Bezirk in den Burdach'schen Strängen, an der Grenze zwischen diesem und dem Goll'schen Strange, schon beschrieben als sogen. kommaförmige Degeneration der Hinterstränge, nur noch etwas ausgebildeter, bis zur Peripherie reichend. Vielleicht ist sie abhängig von der Zerstörung der grauen Substanz. Ferner fand sich absteigende Degeneration in den Goll'schen Strängen zu beiden Seiten der hinteren Incisur, eine bisher noch nicht sicher bekannte Form der Degeneration. Auch in den Seitensträngen fanden sich degenerirte Theile, die sich zunächst noch schwer abgrenzen liessen.

E. Hüfler (Chemnitz).

59. **Report of a case of sarcoma of the cervical spinal cord**; by William Ross. (New York med. Record XLIV. 7. p. 193. 1893.)

Ein 29jähr., früher gesunder Mann erkrankte mit Taubheitsgefühl und Schmerzen im Ulnarisgebiete der rechten Hand, dann im ganzen Arme. Am rechten Arme allmählicher Kraftverlust mit Atrophie der Muskulatur, an den Interossei beginnend, übergehend auf alle Handmuskeln und die Flexoren des Vorderarms. 13 Monate nach Beginn des Leidens befand sich der rechte Arm in schlaffer Lähmung, die rechte Hand in Flexionscontraktur. Faradische Erregbarkeit an den atrophischen Muskeln erloschen. Am ganzen rechten Arme bis herauf zur Schulter Anästhesie. Beine frei von Störungen der Motilität und Sensibilität: nur erhöhte Patellarreflexe und Fussclonus. Der Kopf wurde etwas nach rechts hin geneigt gehalten, passive Drehbewegungen waren schmerzhaft. Rechte Lidspalte kleiner als die linke, rechtes Augenlid etwas herabhängend, rechte Pupille kleiner als die linke. Auf der Brust rechts oben leichte Dämpfung mit verlängertem Exspirium. Die Schmerzen gingen allmählich auf die linke Seite über, es entwickelten sich auch am linken Arme dieselben Störungen wie am rechten. Am rechten trat noch starkes Oedem auf. Schliesslich entstand über dem äusseren Ende der rechten Clavicula ein weicher Tumor, der zusehends wuchs. Allmähliche Erschwerung der Athmung wegen Lähmung der Brustmuskeln. Verlust der Sensibilität zwischen Crista ossis ilei und Rippenbogen. Tod unter starker Abmagerung, 16 Mon. nach Beginn der Krankheit.

Die *Sektion* ergab ein Spindelzellensarkom des Cervikalmarkes mit zahlreichen Knoten im rechten oberen Lungenlappen. Das Rückenmark war in der Höhe vom 8. Cervikal- bis zum 7. Dorsalnerven lädirt, die nervösen Elemente fast vollständig zerstört, namentlich auf der rechten Seite.

Windscheid (Leipzig).

60. **Ueber eine Complikation von Myelitis dorsalis mit intermittirender nervöser Taubheit**; von Dr. Kisgen. (Inaug.-Diss. Bonn 1893.)

Bei einem Kranken mit einer wahrscheinlich nicht luetischen Myelitis dorsalis trat ganz plötzlich eine fast völlige Taubheit des rechten Ohres auf. Die nähere Untersuchung ergab starke Herabsetzung des Hörvermögens auf beiden Seiten bei gleichzeitiger Herabsetzung der Knochenleitung links, Fehlen derselben rechts. Trommelfelle etwas getrübt, Tuben normal. Diese Anfälle von Taubheit wechselten in den nächsten Monaten auf beiden Ohren ab, indem bald das linke, bald das rechte Ohr taub wurde. Der Spiegelbefund war dabei

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

immer negativ. K. verlegt daher den Sitz der Gehörstörung in das Corti'sche Organ oder in die Acusticuskerne. Vielleicht handelt es sich bei dem Grundleiden gar nicht um eine Myelitis, sondern um eine multiple Sklerose, die dann die Erklärung der Gehörstörung durch einen Herd in den Acusticuskernen ungezwungen zuliesse.
Windscheid (Leipzig).

61. **Zur Aetiologie der Paralysis ascendens acuta, nebst Bemerkungen zur Theorie der infektiösen Erkrankungen des Centralnervensystems**; von Dr. Albert Albu. (Ztschr. f. klin. Med. XXIII. 5 u. 6. p. 385. 1893.)

Im Anschlusse an einen Fall von Landry'scher Paralyse, dessen kurze Krankengeschichte mitgetheilt wird und in dem auch die Diagnose durch den negativen Sektionsbefund erhärtet wurde, suchte A. der Aetiologie dieser Krankheit etwas näher zu treten. Er untersuchte deshalb auch bakteriologisch systematisch Blut, Milz und Rückenmark, ohne jeden Erfolg. Jedenfalls wird man trotz dieses negativen Ergebnisses nicht fehlgehen, wenn man die Landry'sche Paralyse als eine Infektionskrankheit betrachtet. Nur werden die Symptome von Seiten des Nervensystems meist nicht durch direkte Infektionsherde hervorgerufen, sondern durch die bakteriellen Produkte, die Toxine. Aehnlich ist es beim Tetanus. Bei ihm war die Erklärung der spinalen Symptome ja erst sehr schwierig, da die Tetanusbacillen sich über den primären Herd hinaus meist nicht verbreiten, bis mit der Auffindung des Tetanusgiftes und seiner Reizwirkung auf die motorischen Rückenmarkscentren sich das Räthsel löste. Nun stellt die Landry'sche Paralyse klinisch das gerade Gegenstück vom Tetanus dar; dieselben Centren, deren Aktion das Bild des Tetanus erzeugt, sind bei Landry'scher Paralyse ausser Funktion. Es liegt sehr nahe, auch hier eine Intoxikation zu sehen, wenn uns auch der Nachweis der primären Infektion bisher noch fehlt. Jedoch bei der kryptogenetischen Pyämie, bei der eiterigen Meningitis, beim Gehirnabscesse suchen wir ebenfalls oft vergeblich nach dem primären Invasionsherde. Vielleicht lässt sich auf dem Wege des Experiments die Giftigkeit des Harnes, des Blutes, des Schweisses, vielleicht auch der Rückenmarkssubstanz solcher Kranken feststellen.

Was nun die Art der Wirkung dieser Toxine anlangt, so wirken sie als direkte Nervengifte, und zwar reizend oder lähmend auf das vasomotorische Centrum. Diese Wirkung kann sich aber steigern bis zu Nekrose. Vielleicht sind auch die Hämorrhagien und Extravasate, die man bei so vielen Infektionskrankheiten vorfindet, hierher zu rechnen. Jedenfalls ist daran festzuhalten, dass nicht die direkte Wirkung der Mikroben die nervösen Symptome macht, sondern ein Toxin. Das gilt selbst für die Fälle, in denen im Rückenmarke Typhusbacillen nachgewiesen wurden und im Leben entsprechende Symptome vorhanden waren. Auch hier ist an eine Intoxikation zu denken. E. Hüfler (Chemnitz).

62. **Ueber combinirte Systemerkrankung des Rückenmarks**; von Dr. Heinrich Hochhaus. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 5 u. 6. p. 469. 1893.)

Bei der Schwierigkeit, mit Sicherheit die Diagnose auf Erkrankung mehrerer Fasersysteme, auf combinirte Systemerkrankung zu stellen, ist die Mittheilung jedes solchen Falles erwünscht, zumal diese ganze Lehre überhaupt noch Widerspruch findet.

Es handelte sich bei H. um eine 47jähr., früher luetische Kranke, die etwa 3 Jahre vor ihrem Tode mit Schwäche und Mattigkeit in den Beinen erkrankte. Es bestand eine beträchtliche Parese, besonders rechts, und auch Hypästhesie; die Reflexe waren erhöht. Auch die Arme waren nicht ganz frei. Subjektiv waren Schmerzen in den Beinen, Parästhesien in den Armen vorhanden. Sub finem trat noch Incontinentia alvi et urinae auf.

Die anatomische Untersuchung ergab eine combinirte Erkrankung der Pyramidenbahnen, der Kleinhirnseitenstrangbahnen und der Hinterstränge, und zwar vom untersten Lendenmarke bis hinaus über die Pyramidenkreuzung. Die Pyramiden waren am stärksten ergriffen im Lendenmarke, die Hinterstränge, besonders die Goll'schen Stränge, im Cervikalmarke, während sie unten nur in ihren medialen Theilen ergriffen waren. Bei der Kleinhirnseitenstrangbahn fand man keinen Unterschied in den verschiedenen Höhen, sie war überall gleichmässig und stark degenerirt.

Es handelte sich wohl um eine primäre Nervendegeneration. Da die Pyramiden wohl aufsteigend erkrankten, so erklärt sich auch der Beginn des Leidens mit Schwäche in den Beinen; später erst traten Hinterstrangsymptome auf. Der Einfluss der Syphilis in diesem Falle ist nicht klar zu bestimmen; jedenfalls aber bei der Erkrankung der Hinterstränge nicht ausser Acht zu lassen.
E. Hüfler (Chemnitz).

63. **Hinterstrangsklerose und Degeneration der grauen Vordersäulen des Rückenmarks.** *Ein Beitrag zur Lehre von den postsyphilitischen Erkrankungen des peripherischen und centralen Nervensystems;* von Dr. M. Dinkler. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 5 u. 6. p. 423. 1893.)

Ein 48jähr. Kr., der mit den Erscheinungen einer mittelschweren Pneumonie aufgenommen wurde und noch an demselben Tage starb, bot ausserdem eine Fülle von nervösen Störungen dar, deren klinische Beobachtung sich auf 11 Jahre zurück erstreckte.

Vor 11 Jahren wurde einige Monate nach einem Sturze auf den Kopf die Sprache unbeholfen und schwerfällig, es traten dann Kopfweh, Schwindel und Aphasie auf; dazu gesellten sich taumelnder Gang und psychische Störungen, starke Vergesslichkeit und Unzuverlässigkeit. Objektiv fand man linkseitige Facialisparese, Romberg'sches Phänomen. Pupillen und Reflexe waren in Ordnung, dagegen bestand starke Albuminurie. Nach Gebrauch von Jodkalium trat bedeutende Besserung ein, so dass der Kranke, allerdings noch mit Albumen im Urin, entlassen werden konnte. 2 Monate später traten rechtseitige Trochlearislähmung und eine Parese der Gaumensegeläste des rechten Facialis auf, die wieder auf Jodkalium hin zurückging. 9 Wochen später, nachdem die Sprachstörung zeitweise stark hervorgetreten war, wurde der Kranke plötzlich bewusstlos; als er sich erholte, bestand ein Erinnerungsdefekt von der Bewusstlosigkeit an

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

bis zur Aufnahme in die Klinik, anscheinend etwa für einen halben Tag. Die Sprache war lallend, der Gang sehr schwankend; ausserdem bestand Pupillenungleichheit. Nach wenigen Tagen konnte der Kranke wieder als gebessert entlassen werden. 4 Monate später wurde er wegen einer linkseitigen Ptosis wieder aufgenommen und man fand vollkommene linkseitige Oculomotoriuslähmung mit Mydriasis und Pupillenstarre. Nun wurde auch nachgewiesen, dass der Kranke 10 Jahre vorher syphilitisch geworden war. Auch diesmal besserte sich der Kranke beträchtlich; es traten aber nun eine Parese des rechten Armes und Sensibilitätstörungen im Nervus ulnaris auf. In diesem Stadium entzog sich der Kranke der weiteren Beobachtung und liess sich erst 9 Jahre später der Pneumonie wegen wieder aufnehmen.

Bei der Untersuchung fand man einen luetischen Gaumendefekt, eine atrophische Lähmung im rechten Ulnaris und Medianus, linkseitige Mydriasis und Pupillenstarre. Daneben bestand noch die Nephritis.

Die mikroskopische Untersuchung ergab zunächst im Rückenmarke eine partielle Degeneration der Keilstränge, besonders auf der rechten Seite, etwa von der Höhe des 8. Cervikalnerven bis zur Medulla oblongata. Auch die Goll'schen Stränge waren an der Grenze von Hals- und Dorsalmark nicht ganz normal; ebenso war in beiden grauen Vordersäulen des Cervikalmarkes eine grössere Anzahl Ganglienzellen und Fasern geschwunden. Auch einzelne, besonders hintere, Wurzeln waren degenerirt. Die ventrale Hälfte beider Oliven, besonders aber der rechten, war verändert; ihre Ganglienzellen degenerirt, ebenso Olivenzwischenschicht und Fibrae arcuatae externae. In beiden Linsenkernen fand man alte hämorrhagische Cysten. Die Blutgefässe des Nervensystems zeigten in verschiedenem Maasse das Bild der luetischen Endarteriitis. Besonders stark degenerirt war der rechte Nervus ulnaris. Von den Muskelfasern des Thenar und Hypothenar waren viele atrophisch, die Querstreifung jedoch war erhalten. Auch hier fand sich die Gefässveränderung, besonders an der Intima.

Ueber das Verhältniss der beobachteten klinischen Symptome zu dem gemachten Befund ist zunächst zu sagen, dass die eigentliche Ursache zweifellos die Syphilis ist. Das Trauma hat nur die Erkrankung beschleunigt. Die vorübergehenden Lähmungen auf eine jedesmal entstandene und verschwundene luetische Endarteriitis zu schieben, geht kaum an, da die Lähmungen zu vielerlei Gefässgebieten entsprechen. Es ist hier wohl an eine chemische Noxe, das postsyphilitische Toxin, zu denken. Die hämorrhagischen Cysten bringt man wohl am besten mit den Anfällen und der Aphasie in Verbindung. Die Rückenmarksveränderungen sind wohl als Tabes superior incipiens zu betrachten. Die degenerative Neuritis ist der Bleilähmung vielleicht an die Seite zu setzen und auch dem Syphilistoxin zuzuschreiben; dasselbe gilt wohl auch für die Degeneration der Oliven und der grauen Vordersäulen. Der ganze Fall bietet ein charakteristisches Bild von der Vielseitigkeit der postsyphilitischen Nervenerkrankungen.

E. Hüfler (Chemnitz).

64. **Sklerodermie an den gelähmten Gliedmaassen bei Myelitis dorsalis**; von Prof. Fr. Schultze in Bonn. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 3 u. 4. p. 358. 1893.)

Eine Kranke, die früher Lues durchgemacht hatte, kam mit den Symptomen einer abgelaufenen Myelitis dorsalis zur Beobachtung. Bemerkenswerth war, dass gerade im Bereiche der Lähmung die Haut die charakteristischen Symptome der Sklerodermie zeigte. Anamnestisch wurde festgestellt, dass vorher an diesen Stellen Oedeme bestanden hatten. Da anscheinend Paraplegische mit Oedemen nicht häufig Sklerodermie bekommen, darf man vielleicht in einer supponirten luetischen Gefässerkrankung der Beine die ausschlaggebende Veränderung erblicken. E. Hüfler (Chemnitz).

65. **Ueber einen Fall totaler traumatischer Zerstörung des Rückenmarkes an der Grenze zwischen Hals- und Dorsalmark**; von Dr. Ludwig Bruns in Hannover. (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. XXV. 3. p. 759. 1893.)

Nach einem literarischen Ueberblick über die Anschauungen von dem Verhalten der Reflexe bei Quertrennungen des Rückenmarks, mit besonderer Berücksichtigung der Theorie von Bastian, wonach bei totaler Quertrennung alle Haut- und Sehnenreflexe, deren Reflexbogen unterhalb der Trennung liegt, fehlen, geht Br. auf seinen eigenen, genau untersuchten Fall ein.

Es handelte sich um einen 21jähr. Dienstknecht, der aus einer Bodenluke herab auf Kopf, Nacken und Rücken gefallen war. Gleich darauf waren die Beine, Blase und Mastdarm total gelähmt. Es wurde deshalb eine Resektion in der Gegend der oberen Dorsalwirbel vorgenommen; die Wunde heilte gut, aber jeder Erfolg blieb aus. Etwa 6 Wochen nach der Verletzung bestand complete schlaffe Lähmung der Beine mit Aufhebung der Patellarreflexe, der Achillessehnenreflexe, sämmtlicher Hautreflexe, Lähmung der Rumpfmuskulatur, Lähmung der kleinen Handmuskeln und der langen Fingerbeuger beiderseits mit Atrophie und Entartungsreaktion. Ferner fand man complete Anästhesie bis zur zweiten Rippe und zur Höhe der Spina scapulae; darüber am Rumpf und an den Armen Hyperästhesie und Schmerzen, keine Anästhesie. Ausserdem bestand vollkommene Lähmung der Blase und des Mastdarms mit eiteriger Cystitis und Priapismus. Die Pupillen und Lidspalten waren zuerst eng, später wurde die linke Pupille weiter, die linke Lidspalte enger, als die rechte. Am Kreuzbein bildete sich Decubitus aus, trophische Störungen und Oedeme der Glieder traten ein. Zudem bestand remittirendes Fieber. Im Laufe einiger Wochen kam es zu einer Besserung des Gefühls, vom 5. bis 2. Intercostalraum; auch wurden die Finger besser bewegt. Unter zunehmender Schwäche trat aber etwa 3 Monate nach dem Unfall der Tod ein.

Bei der *Sektion* fand man den letzten Halswirbel gegen den ersten Brustwirbel nach hinten verschoben, jedoch nur um ein Geringes. Da aber das Rückenmark an dieser Stelle fast vollkommen, bis auf den Piasack, platt gedrückt war, so musste der Wirbel wohl eine federnde Bewegung gemacht haben und wieder ziemlich zurückgesprungen sein.

Das in *Müller*'scher Lösung gehärtete Rückenmark wurde sodann zum Theil nach Weigert, zum Theil nach Pal gefärbt. Br. beschreibt nun genau den histologischen Befund der verschiedenen Querschnitte, sowie auch einiger untersuchten Nerven und Muskeln. Im Gebiete der Compression fand er vollkommene narbige Degeneration des ganzen Querschnitts. Zuerst erholen sich nur die centralen Partien und die hintere Wurzelzone. Weiterhin kommt die Wirkung der auf- und absteigenden Degeneration in Betracht, daneben finden sich verstreute nekrotische Herde. Die direkte traumatische Randdegeneration hört bald auf; die sekundären Degenerationen sind sehr ausgedehnt. An der absteigenden Degeneration sind betheiligt die gekreuzten Pyramidenbahnen, die Vorderseitenstrangränder und dann findet sich die von Schultze als „kommaförmige" beschriebene Degeneration in den Hintersträngen; an der aufsteigen-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

den sind betheiligt die Kleinhirnseitenstrangbahnen, die Gowers'schen Stränge, die Goll'schen und Burdach'schen Stränge. Die vorderen und hinteren Wurzeln waren stark degenerirt. Nach unten von der zweiten Dorsalwurzel fanden sich keine versprengten Herde mehr, wohl aber noch vereinzelte myelitisch veränderte Nervenfasern und erkrankte Ganglienzellen bis in's Lumbalmark. Im Uebrigen war jedoch im Lenden- und Sacralmark, abgesehen von der absteigenden Degeneration, Alles gesund. An Nerven und Muskeln der Beine bestanden leichte, vielleicht aber nur vom Marasmus abhängige Degenerationen.

In der Epikrise geht Br. zunächst auf die sogenannte Randdegeneration, sowie auf den Umstand ein, dass, wie schon öfter beobachtet, die hinteren Wurzeln weit widerstandsfähiger zu sein scheinen, als die vorderen. Die beschriebenen nekrotischen Herde und myelitisch veränderten einzelnen Nervenfasern werden wohl am sichersten auf die direkte Wirkung des Trauma bezogen. Was das Verhältniss der constatirten Lähmungen zum gefundenen Sitz der Verletzung anlangt, so zeigte es sich auch hier wieder, dass die Verletzung tiefer hätte gesucht werden müssen. Auch nach Horsley sitzen Rückenmarkstumoren meist höher, als man nach unseren heutigen Lokalisationsprincipien vermuthen sollte. Bemerkenswerth ist ferner die vollkommene Blasen- und Mastdarmlähmung bei der hohen Querläsion. Jedoch tröpfelte der Urin nie stetig tropfenweise ab, sondern nach dem Katheterisiren hielt die Elasticität des Sphincter vesicae eine gewisse Druckhöhe aus und dann erst floss der Urin tropfenweise. Aehnlich war es beim Stuhlgange. Jedenfalls ist durch diesen, klinisch und pathologisch-anatomisch sorgfältig untersuchten Fall bewiesen, dass dauernde schlaffe Paraplegie mit Verlust der Sehnen- und Hautreflexe und mit Blasen- und Mastdarmlähmung von hochsitzender Querläsion abhängig sein kann. Bastian erklärt dies mit der tonisirenden Wirkung des Kleinhirns und der hemmenden des Grosshirns; letzteres hemmt durch die Pyramidenbahnen. Damit würde sich auch erklären, dass bei Kleinhirntumoren [und bei Basalmeningitis. Ref.] die Patellarreflexe oft fehlen. Bei Querläsion sind dann eben alle Bahnen zerstört.

Eine ausführliche Literaturübersicht schliesst die interessante Abhandlung.

E. Hüfler (Chemnitz).

66. **Ueber aufsteigende Degeneration nach totaler Quetschung des Rückenmarkes.** (*Anhang zu dem Aufsatze von Dr. Bruns, Ueber einen Fall von totaler traumatischer Zerstörung des Rückenmarkes u. s. w.*); von Dr. Hugh P. Patrik in Chicago. (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenhkde. XXV. 3. p. 831. 1893.)

P. untersuchte Medulla oblongata und Pons des von Bruns in der vorhergehenden Abhandlung beschriebenen Falles. Die Fasern waren zum grössten Theil in den degenerirten Bahnen noch gequollen, noch nicht zerfallen. Die Degeneration der Hinterstränge war trotz der Querläsion nicht ganz symmetrisch; zunächst war der ganze Goll'sche Strang ergriffen und die peripherische Partie des Burdach'schen. Am Ende des Centralkanals griff die Degeneration mehr auf den Keilstrang über, weiter nach oben zu nahm sie sehr ab und grenzte an die der Kleinhirnseitenstrangbahn. Noch höher sind nur noch wenige degenerirte Fasern zu sehen.

Was die Degeneration in den Seitensträngen, der Kleinhirnseitenstrangbahn anlangt, so stimmt P. mit Mott, Tooth und Löwenthal darin überein, dass der ventrale Theil der aufsteigenden Degeneration in den Seitensträngen zur Kleinhirnseitenstrangbahn gehört, und dass die vordere, ventrale Partie der Kleinhirnseitenstrangbahn Rückenmarkszellen mit den ventralen Theilen des Oberwurms verbindet, während der hintere Theil die Clarke'schen Säulen mit dessen dorsalen Theilen in Verbindung setzt.

E. Hüfler (Chemnitz).

67. **Luxation de la septième vertèbre cervicale**; par Dubrueil. (Gaz. de Par. 11. 1893.)

Luxation des 7. Halswirbels nach vorn um 1 cm. Nirgends eine Fraktur. Die Luxation war complet, da die Gelenkfortsätze sich ganz von einander entfernt hatten. Das Rückenmark merkwürdiger Weise an dieser Stelle intakt: dagegen 1 cm darunter Zerreissung desselben bis auf das hintere Viertel, durch das allein noch die beiden Stücke zusammenhingen. Die Zerreissung kann nur die Folge einer extremen Beugung der Wirbelsäule gewesen sein.

Die Symptome waren die gewöhnlichen bei totaler transversaler Läsion. Auf etwaige Betheiligung der Arme scheint nicht genau geachtet, doch war sie kaum zu erwarten. Der Verlust der Patellareflexe bedeutet hier nichts, da Pat. nur 36 Std. nach der Verletzung lebte.

Bruns (Hannover).

68. **Note on a group of symptoms commonly attributed to dislocations of the neck**; by Thorburn. (Brit. med. Journ. Febr. 11. 1893.)

Der von Th. beschriebene Symptomencomplex besteht darin, dass nach einem Falle auf den Kopf oder nach einer Verletzung des Nackens Bewusstlosigkeit und starke Cyanose eintreten. Meist ist der Kopf nach einer Seite verdreht. Wird dann nach Feststellung der Schultern ein senkrechter Zug am Kopfe gemacht, so vergeht die Cyanose sofort und der Pat. kommt zu sich. Vielfach sind diese Fälle auf Wirbelluxationen bezogen worden. Th. glaubt das nicht, da nie Lähmungserscheinungen danach vorkommen; in einem Falle, in dem das so schien, handelte es sich um eine Hysterica. Th. glaubt, dass es sich um eine seitliche Verschiebung des Larynx oder um eine Dislokation des Zungenbeines über den Larynx handele. Gesehen hat er selbst einen solchen Fall nicht. Besonders oft soll der Symptomencomplex bei den Steinkohlengräbern in Lancashire vorkommen.

Bruns (Hannover).

69. **Deux observations pour servir au diagnostic des paraplégies syphilitiques**; par Gilles de la Tourette et Hudelo. (Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. VI. 1. p. 1. 1893.)

Die Vff. beschreiben 2 Fälle syphilitischer Rückenmarkserkrankung. Der 1. Fall betrifft eine spastische Parese langsamer Entwickelung, wie sie Erb neuerdings besonders beschrieben hat, der 2. eine schlaffe Lähmung mit stärkerer Betheiligung der Blase und Verlust der Patellareflexe und mehr akutem Beginne. Die Vff.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

wollen aus den beiden Beobachtungen, besonders in prognostischer Beziehung, in Beziehung auf die Heilerfolge einer specifischen Kur verschiedene Dinge machen, während es sich doch wohl nur um einen verschiedenen Sitz handelt: im 1. Falle im Dorsalmark, im 2. wenigstens hauptsächlich im Lendenmark. Dass es sich in den häufigsten, den spastischen Fällen der syphilit. Paraplegie um eine lumbale Erkrankung handeln müsse, da immer nur die Beine betheiligt seien, ist wohl nur ein Lapsus pennae. Hier kommt doch das ganze Dorsalmark in Betracht und gerade weil dies der längste Theil des Rückenmarkes ist, kommen diese spastischen Formen am meisten vor. Die Prognose der Behandlung richtet sich nach der Art des anatomischen Processes: handelt es sich um gummatöse Meningomyelitis, so ist sie besser, handelt es sich um die Folgen der Gefässerkrankung, so ist sie schlechter. Bruns (Hannover).

70. **a) Arthropathies syringomyéliques**; par le Prof. Charcot. (Progrès méd. 2. S. XVII. 17. 1893.)

b) Report of a case of syringomyelia, with exhibition of sections of the spinal cord; by Lloyd. (Repr. from. Univ. med. Mag. Philadelphia, March 1893.)

c) Ueber einen Fall von Morvan'scher Krankheit; von C. Eisenlohr. (Deutsche med. Wochenschr. XIX. 25. 1893.)

a) Charcot bespricht die Symptomatologie der syringomyelitischen Gelenkerkrankungen. An sich sind sie nicht von den tabischen zu unterscheiden: es kommt seltener eine atrophische, häufiger eine hypertrophische Form vor. Bisher sollen die Arthropathien bei der Syringomyelie nur an den Armen beobachtet sein [Ref. hat sie in einem klinisch sicheren Falle auch am Fusse gesehen, siehe auch Lloyd]. Beides ist ja leicht zu erklären. Ch. hebt noch besonders das Vorkommen typischer lancinirender Schmerzen bei der Syringomyelie hervor; in jenem Falle sassen die Schmerzen besonders in der Gegend der Gelenke.

b) Lloyd's Beobachtung bietet sonst keine Besonderheiten: nur bestand hier eine Arthropathie am rechten *Fussgelenke*, die früher auftrat als die meisten übrigen Symptome. Die anatomische Untersuchung ergab den typischen Befund der gliomatösen Höhlenbildung.

c) Eisenlohr stellte im Hamburger ärztlichen Vereine einen Kr. vor, bei dem eine Panaritienbildung an der linken Hand sehr in den Vordergrund trat. Muskelatrophie bestand noch nicht: Temperatur- und Schmerzempfindung war am linken Arm und an der Hand stark, das Tastgefühl mässig herabgesetzt. Der Tricepsreflex fehlte links. Der Patellareflex war links stärker als rechts, die Hautreflexe links schwächer. Es ist also ein Fall Morvan'scher Krankheit. E. glaubt an Syringomyelie, vor Allem auch wegen des Verhaltens der Sehnenreflexe.

Ob aber Joffroy und Achard Recht haben, wenn sie den Typus Morvan aus einer besonderen Lokalisation des syringomyelitischen Processes erklären, lässt er dahingestellt: vielleicht ist auch die Natur der anatomischen Processe eine andere. Bruns (Hannover).

71. **Zur Lehre von der Poliomyelitis anterior acuta**; von Dr. Dauber. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 3 u. 4. p. 200. 1893.)

D. hat einen Fall von Poliomyelitis anterior acuta bei einem Kinde von $8^1/_2$ Monaten untersucht. Er kommt im Ganzen zu den gleichen Resultaten wie Goldscheider (vgl. Jahrbb. CCXLI. p. 247), indem er im Gegensatz zu Rissler einen interstitiellen Process als den primären ansieht. Er glaubt das deshalb besonders, weil auch in seinem Falle der Process sich gar nicht auf die grauen Vorderhörner beschränkte, sondern an einzelnen Stellen die ganze graue Substanz, an anderen auch die weissen Seitenstränge ergriffen hatte. Er stellt sich die Sache so vor, dass die ganze graue Substanz sehr leicht durch das Gift der Poliomyelitis inficirbar sei, dass aber am ehesten die Theile inficirt würden, zu denen die meisten Gefässe verliefen, und das seien die grauen Vorderhörner. Die Zellen gingen dann entweder an chemischer Giftwirkung zu Grunde, oder sie würden durch austretende Leukocyten erdrückt. In Beziehung auf die histologischen Details der Ganglienzellendegeneration stimmt D. ganz mit Rissler überein, doch muss hier auf das Original mit schönen Abbildungen verwiesen werden.

Bruns (Hannover).

72. **Multiple Neuritis**; by Sidney Martin. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. I. 3. p. 322. Febr. 1893.)

M. hat die peripherischen Nerven in 2 Fällen alkoholischer und einem diphtherischer multipler Neuritis untersucht. Er kommt dabei zu folgenden Ergebnissen. Das Krankheitsgift ergreift nicht einen ganzen Nervenstamm auf einmal, sondern setzt an einer umschriebenen Stelle ein, wo es zuerst die Markscheide zerstört. Erst später wird an derselben Stelle der Achsencylinder ergriffen, er färbt sich dann *auch* mit Osmiumsäure und zerreisst schliesslich. Erst wenn der Achsencylinder zerstört ist, tritt dann sekundäre Waller'sche Degeneration im Nerven ein, nach Angabe M.'s im *ganzen* Nerven zu gleicher Zeit. Tritt die primäre Degeneration an verschiedenen Stellen der Markscheide zu gleicher Zeit ein, so spricht M. von „multiple interrupted degeneration". Ein dem seinen gleicher Befund ist von Gombault als névrite ségmentaire périaxile bezeichnet worden und von Sigmund Mayer auch in Nerven gesunder Thiere als normale Degenerationserscheinung gefunden worden.

M. hält es für schwer, heute einen Grund dafür anzugeben, weshalb die betreffenden Degenerationen in den peripherischen Theilen der Nerven eintraten, vor Allem im intramuskularen Nerven. Der Grund dafür könne nicht die weite Entfernung vom trophischen Centrum im Rückenmarke sein, da sonst ein durchschnittener Nerv von unten nach oben degeneriren müsse. Letzteres wird nun thatsächlich, z. B. von Ranvier, angenommen und neuerdings ist eine ganze Anzahl von Beobachtungen bekannt geworden, die diese Annahme Ranvier's sehr wahrscheinlich machen.

Bruns (Hannover).

73. **Herpes zoster and the limb plexuses of the nerves**; by Makenzie. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. I. 3. p. 333. Febr. 1893.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

In der vorliegenden äusserst interessanten Arbeit beschäftigt sich M. mit der genauen Feststellung derjenigen Hautgebiete, die in den einzelnen Fällen von Herpes zoster vom Bläschenausschlag, bez. von der ihn begleitenden Hauthyperästhesie eingenommen werden. Er nimmt nur auf den Herpes der Glieder Rücksicht. Dabei kommt er zu dem sehr wichtigen Resultate, dass die betreffenden Eruptionsfelder ganz den Feldern entsprechen, die nach Ross u. Sherrington besonders das Hautgebiet der einzelnen Spinalwurzeln ausmachen. Er erreicht das dadurch, dass er von einem Eruptionsgebiete ausgeht, dessen spinale Wurzel bekannt ist, z. B. dem der 4. Cervikalwurzel, oder der 1. Lumbalwurzel oder anderer und von da Schritt für Schritt weitergehend, die einzelnen darunter oder dazwischen liegenden Eruptionsfelder den tiefer entspringenden Nervenwurzeln zuschreibt. Auf diese Weise kann er für den Arm genau die Felder für die einzelnen spinalen Wurzeln abgrenzen, die, wie gesagt, genau den von Ross und Sherrington angegebenen Feldern der spinalen Wurzeln entsprechen; für das Bein gelingt die Abgrenzung der einzelnen Felder weniger gut, dem entsprechend, dass hier auch von den anderen Autoren noch keine absolute Sicherheit erreicht ist.

In Bezug auf die Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden. Wichtig ist noch, dass nach M. die Felder der den einzelnen Spinalnerven entsprechenden Herpeseruptionen nicht scharf getrennt sind, sondern in einander übergehen: ebenso wie das auch sonst von den Hautgebieten der spinalen Wurzeln bekannt ist. M. führt das auf Kreuzung der Hautendigungen der Nerven in der Mittellinie des Körpers, sowie auf Endanastomosen, bez. Verflechtungen benachbarter Nerven zurück, wobei auch individuelle Abweichungen zugegeben werden müssen. Es kommen aber jedenfalls auch die Plexus cervicales und lumbosacrales und schliesslich Anastomosen der Spinalwurzeln selber in Betracht, um die Vertheilung der von einem Spinalsegment stammenden Wurzeln über weitere Hautstrecken möglich zu machen. Immer aber kommen nur benachbarte Gebiete in Betracht. Diese Angaben stehen im Gegensatz zu denen von Head (Brain. Spring-Summer 1893), der für die Herpeseruptionsgebiete scharfe Grenzen annimmt, sie sind aber entschieden wahrscheinlicher als diese. (Siehe auch Makenzie: Some points bearing on the association of sensory disorders and visceral diseases. Brain Autumn 1893.) Die angegebene Vertheilungsweise der Herpeseruptionen beweist auf's Neue ihre Abhängigkeit vom Nervensystem. Am häufigsten sind bis jetzt Erkrankungen der Spinalganglien beobachtet (v. Bärensprung), aber auch bei Erkrankungen der spinalen Wurzeln, oder der Spinalsegmente oder der peripherischen Nerven kann natürlich Herpes vorkommen. Umgekehrt stützen diese Beobachtungen wieder die oben erwähnten Angaben von Ross und Sherrington, deren Richtigkeit auch von anderen Autoren, Thorburn, Allen Starr u. A., anerkannt wird. Bruns (Hannover).

74. **Contributo allo studio della tetania**; pel Dott. A. Giannelli. (Rif. med. X. 32. 33. 1894.)

G. beschreibt 3 Fälle von Tetanie, die er im Manicomio di S. Maria beobachtete.

I. Ein 12jähr., hereditär belastetes Mädchen (Mutter und Tante hysterisch, Vater Alkoholist), das bisher, abgesehen von Masern, gesund war, erkältete sich in heftigem Regen; am folgenden Tage leichtes Fieber, vage Muskelschmerzen und Gefühl von Ziehen in allen Gliedern; nach 8 Tagen allgemeine Abgeschlagenheit, Steifigkeit der Arme und Spasmen der Unterarme und Hände, bei denen letztere eine Art von Schreibstellung einnahmen, und die innerhalb 2 Std. vorübergingen. Später waren die Arme meist in Beuge-, die Beine in Streckstellung (nur die Zehen flektirt); auch das Facialisgebiet war contrahirt. Fernerhin traten die Spasmen der Beine zurück, hingegen Strabismus, nur während der Anfälle, hinzu. Dauer der Anfälle 1—4 Stunden.

Das Kind war dürftig genährt, mit etwas träg reagirenden Pupillen, frequentem Puls, Hyperhidrosis der Achselhöhle, herabgesetzten Kniereflexen, allgemeiner Hyperalgesie, cervicalem Spinaldruckschmerz und gesteigerter elektrischer Erregbarkeit der motorischen und sensorischen Nerven. Druck auf die Art. brachialis und den Nerv. median. löste einen tetanischen Anfall im betreffenden Arme aus. Streichen über das Gesicht erzeugte Contraktionen im ganzen Facialisgebiete derselben Seite. Nach jedem Anfall Eiweiss im Urin.

II. Ein 13jähr. Mädchen, dessen Mutter an schweren nervösen Zufällen litt, hatte nach einer Erkältung im Winter einen einzigen Anfall von Parästhesien im Arme und tonischem Krampfe der Hände mit Schreibstellung. 1 Jahr hierauf allgemeines Uebelbefinden mit Brennen in den Armen; nach abermals 8 Tagen begannen schmerzhafte tetanische Anfälle aller Glieder und der Zunge von längerer (bis zu halbtägiger) Dauer; dabei waren die Hände in der von Trousseau beschriebenen Stellung, die Arme flektirt und adducirt, die Beine extendirt, die Zunge unbeweglich und „wie geschwollen".

Nach 4 Wochen kehrten sie seltener (alle 12 bis 15 Tage) wieder, begleitet von Oppressionsgefühl und Cardiopalmus.

Das Mädchen magerte ab, zeigte Spuren von Rhachitis, frequenten Puls, gesteigerte Erregbarkeit aller Nerven, starke Hyperästhesie des N. acusticus mit paradoxer Reaktion und lumbalem Spinaldruckschmerz; Druck auf Nerven und Arterien des Oberarms blieb erfolglos, Druck auf den dorsalen Unterarm bewirkte plötzliche Contraktion der Flexoren; Facialisphänomen wie bei I.

Der III. Fall betrifft eine 23jähr. Frau, mit neuropathischer Constitution (im 15. Jahre hysterische Anfälle) und ist dadurch interessant, dass die schmerzhaften Contrakturen ebenfalls nach Erkältung, mit gastrischen Störungen, meist Obstipation, einhergingen, und dass sie einseitig oder doch rechts stärker als links auftraten. Die rechte Seite des Gesichts war stärker geröthet als die linke; Hyperhidrosis der Arme zeigte sich besonders in der rechten Handfläche, die elektrische Erregbarkeit war auch hier nur quantitativ verändert. Druck auf Armgefässe und -Nerven, sowie seitlich der Halswirbelsäule erzeugte einen Anfall.

Von den erwähnten Symptomen hält G. nur das Trousseau'sche für pathognomonisch für Tetanie. Als Besonderheiten seiner Fälle sieht er an: 1) die Albuminurie im 1. Falle (von Kussmaul und Nönchen beobachtet); 2) die vaso-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

motorischen Störungen im 3. (Gowers); 3) die tetanogene Wirkung des Druckes auf die Wirbelsäule im 3. (Berger); 4) die von Hirt und Strümpell in Abrede gestellte und nur von Gowers einmal beobachtete Asymmetrie der Anfälle im 3. Falle. G. nimmt an, dass es sich um eine Intoxikation mit Erhöhung der centralen Erregbarkeit handele, vielleicht um eine Autointoxikation vom Darme aus. G. weist darauf hin, dass bei Tetanie nach Exstirpation der Thyreoidea Horsley einen mucinartigen Körper im Blute fand, und dass umgekehrt Wagner und Hammerschlag durch Injektion von Mucin Tetanie erzeugten.

E. Trömner (Jena).

75. **Zur Casuistik des Paramyoclonus multiplex**; von Dr. Feinberg. (Ztschr. f. klin. Med. XXIII. 5 u. 6. p. 431. 1893.)

F. hatte Gelegenheit, 3 Kr. mit Paramyoklonus zu beobachten.

Im 1. Falle handelte es sich um eine 29jähr., sehr anämische und durch überlanges Stillen der Kinder sehr erschöpfte Kranke. Sie hatte Anfälle von Zuckungen, die in den symmetrischen Rückenmuskeln begannen und auf die Oberarme übergriffen, etwa 40—80 in der Minute. Der Facialis und die Beine waren nicht immer betheiligt. Jeder Anfall endigte mit einer tonischen Starre der zuckenden Muskeln. Die Zuckungen hatten eine geringe Excursion, die Bewegung der Glieder war in Folge dessen sehr gering. Sensibilität, Motilität waren vollkommen intakt; hysterische Erscheinungen fand man nicht; auch wich die Form der Krämpfe von denen bei Hysterie sehr ab. Die Kr. wurde als geheilt entlassen.

Auch im 2. Falle, der ebenfalls eine Frau betraf, war die Erkrankung im Anschluss an langdauernde Laktation aufgetreten. Hier waren hauptsächlich die Muskeln des Halses und der Arme befallen; auch hier endigten die Zuckungen in vorübergehender tonischer Starre.

Der 3. Fall betraf einen 28jähr. Bauer, der nach einer Schlägerei, wobei er sehr auf Kopf und Rücken geschlagen worden war, an einer akuten Psychose erkrankt war. Aufregung und Depression wechselten ab. In beiden Stadien der Psychose, jedoch stärker im ersteren, bestanden rhythmische, klonische Zuckungen in beiden Armen, etwa 100 in der Minute. Die Oberarme waren adducirt, die Vorderarme gebeugt. Die Zuckungen machten keine Pausen. Allmählich besserte sich der Zustand, auch die Zuckungen hörten manchmal auf. Der Kr. blieb aber noch in Behandlung.

Wenn auch manche Abweichungen von dem typischen Bilde der Myoklonie sich fanden, so konnten doch mit ziemlicher Sicherheit alle ähnlichen Erkrankungen, Paralysis agitans, Athetose, Chorea, Rindenepilepsie ausgeschlossen werden.

E. Hüfler (Chemnitz).

76. **A case of peripheral facial diplegia**; by Dr. Fred. Mott. (Brit. med. Journ. Dec. 2. 1893. p. 1206.)

Ein 17jähr., sonst ganz gesunder Mann, der nur in der letzten Zeit vorübergehendes Unwohlsein hatte (keine Halsschmerzen), war plötzlich von einer vollständigen linkseitigen und 2 Tage darauf auch von rechtseitiger Facialislähmung befallen. (Die Photographie des Kr. ist der Arbeit beigegeben.) Ausser der Facialislähmung fand sich am ganzen Körper keine krankhafte Erscheinung. Die Gesichtsmuskel zeigten eine geringe Verminderung der Reaktion auf elektrische Reizung hin. Unter der Behandlung mit Elektricität, Jodkalium und Nux vomica verschwand die Lähmung nach 3 Wochen.

Da Geschmack und Gehör normal waren, vermuthet M. eine Erkrankung des Nerven an der Durchtrittstelle durch das Foramen stylo-mastoideum.

Lamhofer (Leipzig).

77. **Ueber einen Fall von eigenthümlichem Schwund eines Theiles der Muskulatur des Gesichtes**; von Dr. H. Walther. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 16. 1893.)

Bei einem 18jähr. Jüngling traten rechts heftige Zahnschmerzen ein. Nach Ausziehung des hinteren oberen Mahlzahns hörte der Schmerz nicht auf, aber die Gegend des M. temporalis schwoll allmählich an. Bei einem Einschnitte zeigte sich der verdickte Muskel eigenthümlich trocken und bräunlich verfärbt, ohne dass etwas Weiteres gefunden wurde. Auch die Ausziehung des anderen Mahlzahns besserte die Schmerzen nicht. Diese und die Geschwulst gingen aber nach Ueberosmiumsäure-Einspritzungen zurück. In der Folge bildeten sich auf der rechten Seite des Gesichtes und des Halses theils harte, theils weiche Schwellungen, die ihre Form und Grösse fortwährend änderten und allmählich wieder verschwanden. Nach 1 Jahre bestand Atrophie der rechten Kau- und Gesichts-Muskeln bei sonst normalem Verhalten der Muskeln und ohne anderweite Störungen. Haut und Knochen schienen nicht wesentlich verändert zu sein. Im 2. Jahre wurden auch links vorübergehende Schwellungen und Schmerzen am Hinterkopfe beobachtet. Im 3. Jahre trat Doppeltsehen ein, als dessen Ursache Strabismus convergens rechts [Abducenslähmung?] erkannt wurde, das Gehör nahm rechts stark ab und es entstand eine weiche schmerzhafte Geschwulst zwischen Proc. mastoid. und Crista occip. externa. Der Kr. war mit der Zeit blass und mager geworden.

Möbius.

78. **Sur un cas de tuméfaction hémilatérale de la face compliquant une paralysie faciale périphérique a frigore**; par Josserand et Nicolas. (Lyon méd. LXXV. 7. 1894.)

Ein 19jähr. gesundes Mädchen hatte bei einem Brande, der Nachts in der Nachbarschaft ausbrach, eine Viertelstunde lang unangekleidet am Fenster gestanden. Sie legte sich frierend in's Bett und hatte am andern Morgen eine Lähmung der linken Gesichtshälfte. Vier Wochen später kam sie in's Krankenhaus. Die linke Wange und die Lippen waren stark geschwollen, wie bei einer Zahnerkrankung, geröthet und warm. Die Lähmung war noch vollständig. Schmerzen und Anästhesie bestanden nicht. Die Organe im Munde und das Ohr waren ganz normal.

In 2 Wochen verschwanden Lähmung und Schwellung.

Möbius.

79. **Erythromelalgia; red neuralgia of the extremities; vasomotor paralysis of the extremities; terminal neuritis (?)**; by Weir-Mitchell. (Med. News LXIII. 8. p. 197. 1893.)

Vf. bespricht zunächst auf Grund von 2 Fällen die Differentialdiagnose zwischen Erythromelalgie und Raynaud'scher Krankheit und theilt dann folgenden Fall von Erythromelalgie mit.

Einem 21jähr. Steinsetzer fiel ein 10 Centner schwerer Stein auf den rechten Fuss. Die dadurch hervorgerufene Verletzung heilte bald, nur nachträglich entstand ein Abscess in der rechten Fusssohle. Dagegen blieben seit der Verletzung Schmerzen im rechten Fussgelenk zurück, sobald Pat. den Fuss bewegte. Auch war der Kr. nicht im Stande, auf dem rechten Fusse allein zu stehen. Hing dieser einige Zeit herab, so wurden die 1. und die 2. Zehe

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

dunkelroth; diese Röthe verbreitete sich sprungweise über den ganzen Fuss bis zum Fussgelenke, wobei die Venen stark anschwollen und die Arterien sichtbar pulsirten. Nach ungefähr ½ Stunde verschwand die intensive Röthe und der Fuss nahm wieder seine gewöhnliche Farbe an, die jedoch immer etwas röther als normal war. Subjektiv empfand der Kr. fortwährende Schmerzen im rechten Fusse, die durch jede Bewegung auf das Lebhafteste gesteigert wurden. Der Fuss zeigte Hyperästhesie gegen Nadelstiche und Temperaturdifferenzen, das Berührungsgefühl war normal am äusseren Fussrande und an der Hacke; an allen übrigen Theilen bestand Hyperästhesie gegen Druck, zum Theil schon gegen den leichtesten. Die Muskulatur des ganzen rechten Beins war dünner als am linken, auf Druck zeigte sie fibrilläre Zuckungen. An den Nerven Erhöhung der Erregbarkeit [? Ref.].

Therapeutisch wurde nach vielen anderen vergeblichen Versuchen schliesslich vom N. musculo-cutaneus am Fussrücken, sowie von 2 Endästen des Saphenus major je ein Stück ausgeschnitten, während der Tibialis am inneren Knöchel stark gedehnt wurde. Der Erfolg war in Beziehung auf die Schmerzen sehr gut: Pat. konnte wieder gehen; die Gefässveränderungen dauerten jedoch, wenn auch in geringerem Maasse, fort.

Vf. hält die Erythromelalgie für eine Neuritis, die jedoch beschränkt ist auf die feinsten peripherischen Endäste der Nerven. Die im obigen Falle resecirten Nervenstücke boten keinerlei pathologische Zustände dar.

Windscheid (Leipzig).

80. **Ueber Erythromelalgie**; von Prof. A. Eulenburg. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 50. 1893.)

E. betont, dass die Erythromelalgie keine selbständige Krankheit, sondern ein Symptomencomplex sei, und glaubt, dass dieses Syndrom einen centralen („intramedullären") Ursprung habe. Seine eigenen Beobachtungen sind folgende.

I. Eine 29jähr. Frau, die aus einer nervenkranken, „zu Muskeldystrophien neigenden" Familie stammte, hatte nach einer schweren Entbindung plötzlich, bei Nacht, sehr heftige Schmerzen in beiden Händen, die roth und heiss wurden, bekommen. Die Anfälle, bei denen die Haut glänzend war, einzelne Gelenke anschwollen und besonders der 3. und der 4. Finger betroffen waren, kehrten sehr oft wieder. In der Zwischenzeit waren die Hände bläulich, trocken, die Kraft war besonders rechts vermindert. E. fand Atrophie eines Theiles der Schulter- und Oberarmmuskeln ohne Entartungsreaktion. [Neuritis puerperalis? *Ref.*]

II. Die 2. Kr. ist dieselbe, die C. Gerhardt beschrieben hat (Jahrbb. CCXL. p. 241). Es handelt sich um eine Person, die schon in der Jugend an Schwindelanfällen, später auch an Migräne gelitten hatte, heftigen Gemüthsbewegungen und Ueberanstrengung ausgesetzt gewesen war. Ausser der Erythromelalgie bestanden Schlaflosigkeit, Schwindel, Gedächtnissschwäche. Die Hände waren für gewöhnlich bläulich und kühl, Bewegungen der Finger schmerzhaft, einzelne Gelenke geschwollen, es bestanden andauernd Parästhesien, die Kälteempfindung war vermindert, die Schmerzempfindlichkeit eher gesteigert. Aehnlich war der Zustand der Füsse. Das Gesicht der im Klimakterium befindlichen Kr. war roth und gedunsen. Sie konnte wegen des Schwindels kaum gehen, war melancholisch verstimmt, hatte zeitweise Sinnestäuschungen. Das Gesichtsfeld war concentrisch eingeschränkt, später fand man eine „Retinitis haemorrhagica". Bei wachsender gemüthlicher Verstimmung und Verwirrtheit traten Spasmus der linken Mundfacialismuskeln und zuckende Bewegungen des Kopfes ein. Die Kr. starb in einem „apoplektischen" Anfalle.

III. Ein 54jähr. Schneider, dessen Mutter die gleiche Krankheit gehabt haben sollte und der schon früh an heftigen Kopfschmerzen und Schwindel gelitten hatte, litt seit dem 23. Jahre an Schmerzen und Röthung der linken Hand. Die Erscheinungen wuchsen nach einer Erkältung im 32. Jahre und seit dem 39. Jahre zeigten sie sich auch am rechten Fusse. Bei Kälte nahmen sie zu: Schmerzen, Hitze, Röthung, Anschwellung, Steifigkeit, anfallweise Schwitzen, bei geringen Verletzungen starke Blutungen.

In allen 3 Fällen bestand neuropathische Belastung. Vielleicht spielte bei der 2. und dem 3. Kr. die Anstrengung der Hände eine Rolle.

Auf die theoretischen Erörterungen, mit denen der Vf. es wahrscheinlich zu machen versucht, dass die Läsion in der hinteren und seitlichen grauen Rückenmarksubstanz zu suchen sei, kann hier nicht eingegangen werden. Möbius.

81. **Ueber Erythromelalgie**; von Prof. G. Lewin u. Dr. Theod. Benda. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 3—6. 1894.)

Die Vff. kommen zu folgendem Schlusse: „Der als Erythromelalgie bezeichnete Symptomencomplex ist keine Krankheit sui generis, sondern theils eine Begleiterscheinung verschiedener Gehirn- und Rückenmarksleiden, theils ein Symptom unter vielen der so überaus symptomenreichen allgemeinen Neurosen, Hysterie, Neurasthenie u. s. w., theils ist er als Neuralgie oder Neuritis, theils als Reflexerkrankung aufzufassen." Sie lassen eine Uebersicht über die geschichtliche Entwickelung der Angelegenheit und eine Zusammenstellung der in Betracht kommenden Fälle (39) vorausgehen. Die eigenen Beobachtungen sind folgende.

XII. Ein 21jähr. Student litt seit dem 13. Jahre an schwerer rechtsseitiger Migräne, seit Monaten an Schmerzen, Schwellung, Röthe der linken Finger, an kurzen Schwindel-Anfällen. Dazu traten einige Anfälle linksseitiger Hemiplegie. Die Untersuchung ergab, dass die Enden der linken Finger blauroth, geschwollen, schmerzhaft waren. Kälte linderte den Schmerz. Geringe Hypalgesie der schmerzenden Theile. Besserung durch Faradisiren, durch Antipyrin. Verschwinden der Erythromelalgie und der Augenmigräne nach dem Gebrauche von Bromwasser.

XXXIX. Ein 25jähr. Kaufmann war im 23. Jahre in das rechte Ellenbogengelenk geschossen worden. Der 2., 4. und 5. Finger waren geröthet und der Kr. klagte über Brennen in ihnen. Kälte that wohl. Möbius.

82. **Zur Akroparästhesie**; von Dr. M. Friedmann. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 5 u. 6. p. 450. 1893.)

Zu den in den Lehrbüchern der Neurologie bisher noch nicht erörterten Krankheitsformen, die doch dem praktischen Arzt häufig genug entgegentreten, gehört auch die sog. Akroparästhesie. Fr. hat eine Reihe solcher Fälle zum Theil längere Zeit beobachten können und theilt seine Erfahrungen darüber mit. Nach dem *klinischen Verlaufe* unterscheidet Fr. 3 Formen, eine vorübergehende und intermittirende, eine akute und subakute und eine chronische. Am häufigsten, dem Flimmerskotom am Auge vergleichbar, kommt die flüchtige

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Form vor. Sie ist fast stets beschränkt auf die Finger oder Zehen eines Gliedes; bei Frauen erscheint sie sehr häufig mit den Menses. Ihre pathologische Bedeutung ist sehr gering, wenn man den bei ängstlichen Kranken oft sehr beunruhigenden Einfluss auf die Psyche in Abrechnung bringt. Auch sehr häufig ist die akute Form; nur kommen bei ihr Recidive nicht selten vor. Auch bei der chronischen Form, die sich über Jahre erstrecken kann, kommen Remissionen sehr oft vor. Fr. führt zunächst für die akute und die subakute Form einige Krankengeschichten an, eine weitere für die gewöhnliche chronische Form. Sämmtliche Finger und Zehen sind nur in wenigen Fällen ergriffen; meist ist das Ulnarisgebiet einer Hand vorzugsweise befallen.

Aetiologisch haben wir es bei der Akroparästhesie eben so wenig wie bei der Neuralgie mit einem einheitlichen Symptomencomplex zu thun. Bei der leichtesten Form scheint die Anämie, hervorgerufen durch verschiedene Ursachen, eine Rolle zu spielen, besonders wenn eine gewisse Cirkulationschwäche dazu kommt, so bei Fettherz. Eine weitere Rolle ist starkem Kälteeinflusse, bez. schroffem Temperaturwechsel zuzuschreiben. Drittens, wenn die Akroparästhesie plötzlich nach einem Schwindelanfall auftritt, ist eine centrale Ursache sehr wahrscheinlich. In manchen Fällen ist die Akroparästhesie auch wohl als mildeste Form einer „rheumatischen" Nervenerkrankung zu betrachten, was sich aus der Combination oder dem abwechselnden Auftreten mit Ischias erklärt; ebenso kommt sie oft mit Neuralgien oder auch echter Neuritis vor. Diese letzteren Formen haben jedoch mit der typischen Akroparästhesie nur die Hauptsymptome gemeinsam. Frauen werden sowohl bei der ganz vorübergehenden, wie bei der chronischen Form am meisten betroffen. Das Wesentlichste bei allen Formen scheint eine passive Hyperämie zu sein, wie sie durch Kälte erzeugt wird; den Sitz der Läsion haben wir dann in den peripherischen Endzweigen der Nerven selbst zu suchen. Man kann die Akroparästhesie als eine typische, leichte Form von funktioneller Neurose der peripherischen sensiblen Nerven ansehen. Die chronischen Formen sind schwer zu behandeln. Leicht günstig zu beeinflussen, besonders durch den elektrischen Strom, sind die akuten Formen.

E. Hüfler (Chemnitz).

83. **A consideration of the paraesthetic neurosis**; by Collins. (Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 11; Sept. 1893.)

Nach Mittheilung von einigen nichts Neues bietenden Krankengeschichten von Akroparästhesie stellt C. folgende Theorie über diese Krankheit auf: Die Akroparästhesie wird bedingt durch eine mangelhafte Gefässinnervation, wodurch eine lokale Anämie der peripherischen Hautgefässe auftritt und die sensiblen Nerven in erheblicher Weise beeinträchtigt. Diese Gefässveränderung ist aber abhängig von einem centralen Process. Man muss die Akroparästhesie nämlich auffassen als in erster Linie hervorgerufen durch einen Erschlaffungzustand gewisser Gehirnrindenbezirke, in den diese versetzt werden durch die Aufnahme der fortwährenden excessiv starken sensiblen Reize. Zum Beweise des Einflusses, den die lokale Anämie auf die Akroparästhesie hat, führt C. an, dass bei mehreren seiner Patienten der Zustand ganz besonders schlimm wurde, sobald sie die Hände hoch über den Kopf hielten, ferner, dass beim Eintauchen der Hände zuerst in heisses, dann in kaltes Wasser der Anfall sofort auftrat, während er bei umgekehrter Reihenfolge des Eintauchens ausblieb. Schliesslich konnte C., indem er auf künstlichem Wege durch Tinct. Aconiti den Blutdruck erniedrigte, bei einem seiner Patienten binnen 1 Stunde einen Anfall von Akroparästhesie hervorrufen. Auch der Umstand, dass die Schmerzen vorzugsweise in den Morgenstunden aufzutreten pflegen, spricht nach Ansicht C.'s für seine Theorie, da früh Morgens der Blutdruck am geringsten zu sein pflegt. C. will ausserdem die Akroparästhesie nicht als selbständige Krankheit aufgefasst wissen, sondern nur als Theilerscheinung verschiedener anderer Nervenleiden und hält daher den Namen: Paraesthesia neurotica für geeigneter. Als Therapie empfiehlt C. das auch schon von Laquer als sehr wirksam geschilderte faradische Handbad [eine Empfehlung, der sich Ref. nach eigenen Erfahrungen nur anschliessen kann].

Windscheid (Leipzig).

84. **Ueber symmetrische Gangrän der Extremitäten (Raynaud'sche Krankheit)**; von Prof. Karl Dehio in Dorpat. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 1 u. 2. p. 1. 1893.)

Jeder Fall von symmetrischer Gangrän der Endglieder, bei dem arteficielle Ursachen (Selbstätzungen bei Hysterie u. s. w.) auszuschliessen sind, ist von grossem Interesse, um so mehr, wenn, wie im vorliegenden, eine anatomische Untersuchung sich anschliesst.

Eine bis dahin vollkommen gesunde junge Frau von 31 Jahren wurde nach einem heftigen Schreck von einer krampfhaften Steifigkeit der Finger befallen. Darauf stellten sich Synkope und Asphyxie der Finger ein, an die sich dann Gangrän schloss, die alle 10 Finger, jedoch in nicht ganz gleicher Ausdehnung, bis etwa zur Mitte der 2. Phalanx befiel. Es handelte sich um eine trockene mumificirende Gangrän. Die nekrotischen Theile stiessen sich zum Theil von selbst ab durch demarkirende Entzündung, zum Theil wurden sie 7 Monate nach dem Beginne der Krankheit durch Amputation entfernt. Nach der Heilung klagte die Kr. nur noch einige Zeit über Schmerzen, besonders beim Kühlwerden der Hände, die auch die Krankheit eingeleitet hatten; diese hörten jedoch nach einigen Monaten auf.

Die mikroskopische Untersuchung ergab nun eine hauptsächlich perivaskuläre entzündliche Infiltration der Gefässe; diese selbst zeigten mehr oder weniger starke Endarteriitis, bez. Endophlebitis. Man fand auch degenerative Neuritis.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Es handelte sich also in diesem Falle um einen typischen Fall der Raynaud'schen Krankheit. Eine anderweitige Ursache: Diabetes, Nephritis, Vergiftung mit Mutterkorn, lag nicht vor. Die ganze Erkrankung als Folge der Gefässveränderung anzusehen, ist nicht angängig, da eine so ausgesprochene symmetrische Erkrankung wenig wahrscheinlich, der plötzliche, gleichzeitige Beginn dann aber noch weniger zu erklären wäre. Zudem war es nicht festzustellen, ob die Gefässveränderungen nicht, wie die in Amputationstümpfen, erst nach der Erkrankung, im Verlaufe der demarkirenden Entzündung sich ausbildeten. Am wahrscheinlichsten ist immer, wie bei allen symmetrischen Erkrankungen, der Sitz der Krankheit im Rückenmarke zu suchen. Man wird wohl eine Störung im vasomotorischen und, da diese allein wohl kaum eine Gangrän zu Stande bringen kann, auch im trophischen Centrum annehmen müssen. Analogien bieten die Tabes und die Syringomyelie. Die Neuritis allein verantwortlich zu machen, ist nicht gut möglich, vielmehr ist sie wohl sekundär, durch die Entzündung bedingt.

E. Hüfler (Chemnitz).

85. **Sulla terapia vibratoria nelle malattie nervose e mentali**; per E. Morselli. (Boll. della R. Acad. med. di Genova VIII. 6. 1893.)

Die therapeutische Anwendung der mechanischen Schwingungen bei Nervenkrankheiten ist nicht neu. Schon im Jahre 1880 versuchte Maggiorani den physiologischen Grundsatz, wonach die methodisch einen Nervenstamm treffenden mechanischen Schwingungen in der entsprechenden Muskelgruppe zunächst Tetanus und dann Erschöpfung herbeiführen (R. Heidenhain), klinisch zu verwerthen, indem er die anästhetischen oder in Contrakturstellung befindlichen Glieder Hysterischer in einen Holzkasten einführte, auf dem eine Stimmgabel befestigt war und vibrirte. In demselben Jahre ersannen Boudet und Mortimer-Granville je einen Apparat, der nach demselben Princip construirt ist, aber exakter funktionirt. In neuester Zeit hat der Stockholmer Arzt Dr. Liebdeck den sogen. „Vibrator" empfohlen, der aus zwei Zahnrädern besteht, die mit einer Kurbel gedreht werden; ein biegsames Rohr überträgt die Schwingungen auf eine Art von Elektrode. Schon lange vor Charcot hatte sich M. in der Turiner psychiatrischen Klinik mit dem Studium der Wirkungen dieser mechanischen Schwingungen bei verschiedenen Formen der Geistesstörung befasst. Er bediente sich des Boudet'schen Apparates und gelangte zu folgenden Ergebnissen. Die Vibration nützt bisweilen im Anfange der einfachen oder passiven Melancholie, bei Melancholie mit Intercostalneuralgie, Irrsinn mit fixen Wahnvorstellungen, Hypochondrie mit Intercostalneuralgie; contraindicirt ist diese Behandlung bei Manie, epileptischem Irrsinn und Melancholie mit Angst; geradezu schädlich ist sie bei Gehörshallucinationen, wie die später von Buccola in Gudden's Laboratorium angestellten Untersuchungen über die galvanische Erregbarkeit des Gehörnerven beweisen. Nach M. sind die durch die Vibration erzielten Besserungen nur vorübergehend und schwach. Die Angaben M.'s blieben unbeachtet, bis der Gegenstand in der Salpêtrière wieder aufgenommen wurde mit besonderer Berücksichtigung der peripherischen Nerven- u. Rückenmarkskrankheiten. Charcot empfiehlt gegen jene Nervenkrankheiten, deren Hauptsymptom das Zittern ist, besonders Paralysis agitans, den sogen. vibrirenden *Stuhl;* Gilles de la Tourette applicirt bei Hemicranie und Schwindel den schwingenden Helm auf den Kopf, Vigouroux bedient sich bei Anästhesie der Hysterischen grosser auf Holzkästen befindlicher Stimmgabeln. Der Nutzen dieser Proceduren beruht nach M. zum Theile auf mechanischer Molekularwirkung im Nerven, zum grössten Theile aber auf Suggestion.

Jacob Gentilli (Görz).

86. **a) Die Hypnose als Heilmittel**; von Dr. L. Friedrich. (Annalen d. städt. allg. Krankenhäuser zu München. München 1894. p. 113.)

b) Der Hypnotismus im Münchener Krankenhause l. d. I.; von Dr. Freiherrn v. Schrenck-Notzing. (Leipzig 1894. A. Abel. 8. 39 S.)

c) Zur Hypnose als Heilmittel; von Prof. A. Forel. (Münchn. med. Wchnschr. XLI. 8. 1894.)

Die Veröffentlichung der Arbeit Friedrich's zeugt nicht von Sachverständniss. Der Vf. hat an einer Anzahl weiblicher Patienten in nichts weniger als einwurfsfreier Weise hypnotische Versuche angestellt und hat theils ungenügende Heilerfolge, theils störende hysterische Zufälle beobachtet. Daraufhin glaubt er sich zu der rücksichtslosen Anklage berechtigt, die in folgendem Satze liegt. „Keinem Arzte, der das wahre Interesse seiner Patienten im Auge hat, wird es einfallen, ein in seinen Erfolgen so unsicheres Heilmittel, das dem Seelenleben die verderblichsten Folgen bringen kann, anzuwenden."

v. Schrenck-Notzing hat sich die Mühe gegeben, die unbedeutende Arbeit Friedrich's einer eingehenden Kritik zu unterwerfen und zu zeigen, dass Fr. an den nachtheiligen Wirkungen, die er gesehen hat, gewöhnlich selbst schuld gewesen ist.

Dasselbe hat in kürzerer Form A. Forel gethan.

Möbius.

87. **Ueber die primordiale menstruelle Psychose** *(die menstruale Entwickelungspsychose)*; von Dr. M. Friedmann in Mannheim. (Münchn. med. Wchnschr. XLI. 1—4. 1894.)

Vf. macht darauf aufmerksam, dass bei belasteten Mädchen zuweilen der Eintritt der Menstruation verspätet ist und dass Anfälle geistiger Störung in etwa monatlichen Abständen wiederholt auftreten können, bis die Menstruation in Gang gekommen ist und mit ihr vorläufig vollständige Heilung eintritt. Er bezieht sich auf 2 von Schönthal mitgetheilte Beobachtungen und theilt 2 eigene mit. Die Störung trat plötzlich auf. Ihr Hauptzug war Verwirrtheit, daneben zeigten sich Angst, motorische Unruhe, Wahnvorstellungen. Der starken Benommenheit entsprach eine ziemlich vollständige Amnesie nach Ablauf der eine Reihe von Tagen dauernden Anfälle. Der Puls war beschleunigt und voll. In einem Falle fand Vf. vorübergehende schwache Eiweiss- und Zuckerreaktion des Harns.

Nach längeren Erörterungen kommt Vf. im Wesentlichen zu folgenden Schlussfolgerungen.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Es giebt eine Form periodischer Geistesstörung, die im Beginne der Pubertät eintritt, mit Störungen der Menstruation zusammenhängt und mit deren Regelung endet. Sie ist von der gewöhnlichen periodischen Menstrualpsychose zu trennen und am besten als menstruale Entwickelungspsychose zu bezeichnen. Grundsätzlich verwandt mit ihr sind die einmaligen Anfälle von Geistesstörung mit Trübung des Bewusstseins, die zur Zeit der Menstruation vorkommen. Die Art der Störung ist dieselbe wie bei der grossen Gruppe der durch äussere, auf den Körper wirkende Ursachen bewirkten Psychosen. Immer pflegen diese, soweit sie funktioneller Art sind, die Ursache, wenn sie aufhört, nicht lange zu überdauern und plötzlich bei einer gewissen Stärke der Einwirkung auszubrechen. Es ist anzunehmen, dass das normale „psychische Organ" in hohem Grade Störungen widerstehen und eingetretene Abnormitäten ausgleichen kann. Die krankhafte Anlage kann in Schwäche des Widerstandes oder in Mangel an Ausgleichungsfähigkeit bestehen; in diesem Falle entstehen chronische, in jenem kurze, anfallartige Psychosen. Möbius.

88. **Beiträge zur Kenntniss der Aetiologie der progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis**; von Dr. Emil Hougberg. (Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 546. 1894.)

H. theilt 107 Krankengeschichten, bez. Sektionsbefunde von Paralytischen aus der Anstalt Lappvik bei Helsingfors mit. Darunter waren nur 9 Weiber (aus den niederen Ständen). Alle waren über 25 Jahre, nur 11 waren über 50 Jahre bei der Aufnahme alt. Zweifellose Syphilis war bei 77 Männern, 4 Weibern vorausgegangen, wahrscheinlich war sie bei 9 M., 3 W., nichts war bei 12 M., 2 W. zu erfahren, doch lagen auch hier zum Theil Verdachtgründe (Kinderlosigkeit, früher Tod der Kinder, liederliches Leben u. s. w.) vor. In keinem einzigen Falle konnte Syphilis mit Sicherheit in Abrede gestellt werden. Von den 1413 nicht-paralytischen Geisteskranken hatten nur 60 (= 4.24%) Syphilis gehabt.

Das Intervall betrug gewöhnlich 5—15 Jahre (Min. 4 Jahre, Max. 28 Jahre). Die Syphilis schien in der Mehrzahl der Fälle gutartig gewesen zu sein. Reste der Syphilis waren nur in wenigen Fällen nachzuweisen. Erbliche Belastung wurde bei 21 Pat. gefunden, Alkoholismus bei 13, Trauma bei 3. Möbius.

89. **Des auto-intoxications dans les maladies mentales**; par le Dr. J. Séglas. (Arch. gén. de Méd. p. 532. Nov. 1893.)

S. kommt zu folgenden Ergebnissen: 1) Störungen der Ernährung und des Verdauungskanals, sowie Infektionskrankheiten können erfahrungsgemäss Geisteskrankheiten hervorrufen; in jenen Fällen kann man den Einfluss einer Giftwirkung annehmen. 2) Die Geisteskrankheit, die am häufigsten auf der Grundlage solcher Störungen erwächst, ist die Amentia; ähnlich führen ja auch chronische Vergiftungen (Blei und Alkohol) zu Delirien. Lührmann (Dresden).

90. **Cas de folie consécutive à une ovariosalpingectomie**; par le Dr. Régis. (Gaz. de Par. 41. 1893.)

Eine 35jähr., erblich belastete Jüdin, die nach einer Fehlgeburt mehrere Jahre an Dysmenorrhöe und an vielfachen Unterleibsbeschwerden mannigfacher Art gelitten hatte, ohne ersichtlichen Grund nicht laufen und nicht stehen konnte, wurde der Kastration unterworfen, nachdem die Untersuchung einen retro-uterinen Tumor nachgewiesen hatte. [Bei der Operation scheint sich indessen diese Geschwulst nicht gefunden zu haben; R. erwähnt später wenigstens gar nichts mehr davon und spricht nur von peritonitischen Verwachsungen.] Kurze Zeit nach der Operation verfiel die Kranke in eine hallucinatorische Geistesstörung mit vorwiegend schwermüthigen Ideen.

Als Heilverfahren wurden subcutane Einspritzungen von verdünnter Eierstocksflüssigkeit angewandt und daraufhin soll bald eine allmähliche Besserung des geistigen Verhaltens eingetreten sein, ein Erfolg, den R. seinem ungewöhnlichen Heilverfahren zuzuschreiben bereit ist.

Die Krankengeschichte ist oberflächlich und vielfach unklar abgefasst; die Anzeige zu einer so eingreifenden und verstümmelnden Operation ganz ungenügend begründet; der Hysterie, auf die manches hinzuweisen scheint, wird nicht Erwähnung gethan.

Lührmann (Dresden).

91. **Ueber das Schreiben mit der linken Hand und Schreibstörungen,** *besonders auf Grund von Schuluntersuchungen;* von Dr. Leopold Treitel. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 3 u. 4. p. 277. 1893.)

Manche Autoren sehen bekanntlich die Spiegelschrift als den Spiegel einer kranken Seele an, so Soltmann, Gutzmann. Andere wieder rechnen sie noch zu den physiologischen Schreibarten. Tr. untersuchte deshalb, um eine gewisse Entscheidung in dieser Frage herbeizuführen, die Handschriften von 142 Schulknaben, 98 Schulmädchen, 59 Taubstummen, darunter 35 Knaben, 24 Mädchen, 8 Hemiplegischen und 14 nervenkranken Kindern, 12 Mädchen, 2 Knaben, meist mit Chorea und Hysterie. Schliesslich untersuchte er noch einen Halbidioten.

Von den Schulknaben schrieben 10%, von den Schulmädchen etwa 33% Spiegelschrift, und zwar meist nicht total, sondern nur einzelne Buchstaben oder noch häufiger einzelne Zahlen. Aber irgend welche psychische Anomalien boten diese Kinder nach Aussage ihrer Lehrer nicht dar.

Von den taubstummen Kindern schrieben etwa 25% Knaben und 46% Mädchen Spiegelschrift. Diese Spiegelschrift war meist eine totale. Die Nervenkranken boten nichts besonders Abweichendes, der Idiot schrieb Spiegelschrift; die Hemiplegischen liessen etwas Besonderes auch nicht erkennen. Tr. hält für das Wesentliche zum Zu-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

standekommen der Spiegelschrift den Mangel an Aufmerksamkeit. Das natürliche Bestreben ist, mit der linken Hand von rechts nach links zu schreiben; und dies muss, durch Ueberlegung und Erfahrung veranlasst, durch die Aufmerksamkeit unterdrückt werden. Und Mangel an Aufmerksamkeit kann auch bei geistig Gesunden vorkommen.

Tr. erwähnt dann die Schriftstörungen beim Stottern und Stammeln, wo auch beim Schreiben, der Sprachstörung entsprechend, Buchstaben und Silben unterdrückt werden, nicht aus Unfähigkeit, sondern aus Mangel an Aufmerksamkeit.

E. Hüfler (Chemnitz).

92. **Le forme dell'idiotismo**; per E. Morselli. (Piccola biblioteca della Rivista „L'Anomalo" V. 1a. Settembre 1893.)

Französische und deutsche Psychiater hatten sich bemüht, die verschiedenen Formen des Idiotismus nach einem bestimmten Principe in ein Schema unterzubringen. Bourneville hat in den Comptes rendus du service des enfants idiotes, epileptiques et arriérés de Bicêtre folgende, auf pathologisch-anatomischer Basis beruhende Klassifikation des Idiotismus veröffentlicht. Sie ist allerdings nicht erschöpfend, aber klinisch doch gut verwerthbar. 1) Idiotismus durch Hydrocephalie. 2) Idiotismus durch Mikrocephalie. 3) Idiotismus durch Entwickelungshemmung der Hirnwindungen. 4) Idiotismus durch einen Bildungsfehler des Gehirnes: a) angeborener (Porencephalie, Fehlen des Balkens), b) pathologischer (Pseudocysten, gelbe Erweichungsherde, Pseudoporencephalie). 5) Idiotismus durch hypertrophische Hirnsklerose. 6) Idiotismus durch atrophische Sklerose: a) Sklerose der zwei Hemisphären oder einer Hemisphäre, b) Sklerose eines Lappens, c) Sklerose einzelner Hirnwindungen. 7) Idiotismus bei Meningitis oder Meningoencephalitis. 8) Idiotismus mit Pachydermie. 9) Idiotismus bei Hirntumoren. 10) Traumatischer Idiotismus. In dieser Klassifikation vermisst M. zunächst die Idiotie bei Missbildungen des knöchernen Schädelgehäuses. Wenn man auch Meynert nicht beistimmen kann, der für jede Schädeldeformität eine ganz bestimmte Störung des Denkvermögens annimmt, so geht andererseits Bourneville zu weit, wenn er unter allen knöchernen Schädelanomalien nur der Mikrocephalie eine ätiologische Rolle für die Entstehung der Idiotie zuschreibt. Ebenso wird es dem Psychiater auffallen, dass in B.'s Schema die Rhachitis keine Erwähnung findet, obwohl diese bekanntlich Hydrocephalus und Missgestaltungen des Schädelgehäuses nach sich zieht.

Sieht man von diesen zwei Lücken ab, so genügt die Klassifikation B.'s den Bedürfnissen der Klinik und M. befolgt sie sowohl in seiner psychiatrischen Abtheilung zu Genua, als auch im Pädagogium zu Nervi, einer Musteranstalt für die Erziehung geistesschwacher Kinder.

Jacob Gentilli (Görz).

VI. Innere Medicin.

93. **Zur Aetiologie und Statistik der Diphtherie**; von Dr. Paul Philip. (Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 297. 1893.)

Ph. berichtet über bakteriologische Untersuchungen bei Diphtherie und bei Halsaffektionen, in welchen Verdacht auf Diphtherie bestand. Er fand bei 420 erkrankten Kindern Löffler'sche Bacillen 232mal, Kokken 44mal. Im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderhospital, in welchem die Untersuchungen angestellt wurden, wird jedes Kind, ehe es in die Abtheilung gelegt wird, einer Prüfung des Rachenbelags auf Diphtheriebacillen unterworfen. Es gelingt auf diese Weise, in zweifelhaften Fällen den wahren Charakter der Krankheit festzustellen. Die Vortheile dieses auch anderwärts [Leipziger Kinderklinik] geübten Verfahrens ergeben sich ohne Weiteres von selbst. Nur ein einziges Mal liess die bakteriologische Untersuchung Ph. keine Bacillen erkennen, obwohl die Krankheit klinisch unter dem Bilde der Diphtherie verlief. In den 43 noch übrig bleibenden Fällen, in welchen keine Bacillen vorhanden waren, handelte es sich 1mal um Soor, 31mal um Angina, 2mal um Pneumonie nach Diphtherie, 2mal um Masern-croup, 3mal um akute Laryngitis, 3mal um Scharlach, 1mal um eine Reinfektion nach der Entlassung.

Die Sterblichkeit der Diphtheriekinder betrug 28.8%. Dieses verhältnissmässig günstige Ergebniss leitet Ph. aus dem Umstande ab, dass es ihm gelang, eine grosse Anzahl von Kindern frühzeitig in Behandlung zu bekommen. Ph. erreichte das in der Weise, dass er alle Geschwister der erkrankten Kinder regelmässig am Tage nach der Aufnahme in der Poliklinik untersuchte. 123 Kinder wurden tracheotomirt, bez. intubirt. Von diesen starben 96, d. h. 75%. Lähmungen stellten sich 60mal (17.4%) ein. Rückfälle konnte Ph. mehrere Male beobachten. Es liess sich nicht immer mit Sicherheit entscheiden, ob es sich um eine neue Erkrankung oder um ein Wiederaufflammen der scheinbar geschwundenen Krankheit handelte.

Brückner (Dresden).

94. **Diphtheria and other membranous affections of the throat**; by Francis H. Williams. (Amer. Journ. of med. Sc. CVI. 5. p. 1519. Nov. 1893.)

W. weist auf die Nothwendigkeit hin, die Diagnose der Diphtherie, namentlich in zweifelhaften Fällen, durch Nachweis der Klebs-Löffler'schen Bacillen frühzeitig zu stellen. Er hat gefunden, dass in Boston in neuerer Zeit das gleich-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

zeitige Vorkommen von Scharlach und Diphtherie bei ein und demselben Kinde häufiger beobachtet wurde, als früher. Um verhängnissvolle Irrthümer zu vermeiden, fordert W. bei allen Krankheiten, bei denen „Beläge" im Halse vorkommen (Masern, Typhus, Scharlach), die bakteriologische Untersuchung, damit eine gleichzeitig bestehende Diphtherie nicht übersehen wird. Ebenso müssen alle Diphtheriekranken, bevor die Absperrung aufgehoben wird, nochmals bakteriologisch untersucht werden. W. ist ein Anhänger der örtlichen Behandlung der Diphtherie. Er verwendet starke Lösungen von Wasserstoffsuperoxyd (25—50 Vol.-Procente), welche theils durch einen Zerstäuber auf die erkrankten Theile gebracht, theils in wenigen Tropfen mit einer Spritze unter die Beläge gespritzt werden. W. legt Werth auf häufige Wiederholung und frühzeitige Anwendung der örtlichen Eingriffe.

Brückner (Dresden).

95. **Submembranöse Behandlung der sichtbaren Rachendiphtherie**; von Dr. A. Seibert. (Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 29. 1893.)

S. empfiehlt zur örtlichen Behandlung der Diphtherie ein von ihm erfundenes Instrument, mit welchem er 0.4proc. Chlorwasser in die Mandeln, bez. unter die Beläge einspritzt. Das Instrument besteht aus einer *Pravaz*'schen Spritze mit langer Kanüle, an deren Ende sich ein breiter hohler Ansatz befindet. Dieser hat Aehnlichkeit mit dem Ausguss einer Giesskanne und ist mit einer Anzahl kurzer Hohlnadeln besetzt. Die Zahl der Einspritzungen richtet sich nach den jeweiligen Verhältnissen. Schreiten die Beläge fort, so muss man öfter am Tage einspritzen. Bleiben die Beläge unverändert, während das Fieber und die Drüsenschwellung nicht zurückgehen, so wird 2mal am Tage eingespritzt. Tritt Besserung ein, so wird einmal täglich $^1/_2$ Spritze bis zur vollständigen Reinigung des Rachens angewendet. Bei 85 im September 1891 derartig behandelten Kindern betrug die Sterblichkeit 7.5%. Von 104 später in gleicher Weise Behandelten genasen 98. Auch in 22 Fällen von Scharlachdiphtherie leistete die Behandlungsweise gute Dienste.

Brückner (Dresden).

96. **Die klinischen Erscheinungen der diphtheritischen Nierenerkrankung**; von A. Baginsky. (Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 331. 1893.)

B. sah bei 279 an Diphtherie erkrankten Kindern 131mal Albuminurie auftreten. Von den Nierenkranken gingen 66 = 50.57% zu Grunde, während bei den übrigen die Sterblichkeit nur 14.2% betrug. Von 91 tracheotomirten Kindern hatten 61 Eiweiss im Harn (Sterblichkeit 68.9%), während bei den 30 anderen die Nieren unversehrt blieben (Sterblichkeit 63.3%). Die im Verlaufe der Diphtherie auftretenden Nierenerkrankungen lassen sich klinisch in 3 Gruppen unterbringen. 1) Leichte Diphtherie. Auftreten von Nierenepithelien und Leukocyten, später von Eiweiss in mässigen Mengen im Urin. Mit dem Abheilen des diphtherischen Processes geht der Eiweissgehalt des Urins zurück. Die Harnmenge ist wenig oder gar nicht verringert, das specifische Gewicht des Urins kaum vermindert. Wassersucht und Urämie treten sehr selten ein. Blut fehlt fast vollständig im Urin, während hyaline Cylinder ziemlich häufig auftreten. 2) Sogenannte septische Diphtherie. Schwere Lokalaffektion, schwerer Allgemeinzustand. Harnmenge verringert. Reichliche Abscheidung von Eiweiss durch die Nieren. Im Bodensatz des Harns reichlich zerfallene Nierenepithelien, Leukocyten, Cylindroide, Cylinder, seltener Blut. Zur Urämie kommt es nicht, da der Tod in Folge der schweren Vergiftung frühzeitig eintritt. 3) Subakut verlaufende Fälle. Herzschwäche, Lähmungen in Verbindung mit der Nierenentzündung. Diese Form ist deshalb beachtenswerth, weil sie sehr schwierig zu behandeln ist. Auf der einen Seite steht die Aufgabe, das Herz möglichst anzuregen, eine kräftige Ernährung einzuleiten, auf der anderen Seite die Forderung, die Nieren zu schonen.

Brückner (Dresden).

97. **Zur Pathologie und Therapie der Scharlachnephritis**; von A. Baginsky und Stamm. (Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 350. 1893.)

Die Untersuchung der Nieren von 24 an Scharlach verstorbenen Kndern ergab folgende Verhältnisse: Bei 12 Kindern, welche in der ersten Krankheitswoche gestorben waren, zeigten die Nieren Blutüberfüllung, ausgedehnte Infiltration mit Rundzellen, geringe rückgängige Veränderungen. Beinahe in allen Fällen waren die Knäuel sehr kernreich. 6 Kinder waren in der zweiten bis dritten Krankheitswoche gestorben. Bei diesen zeigten die Nieren die Erscheinungen einer akuten parenchymatösen Entzündung. Die interstitiellen Vorgänge traten zurück, ohne jedoch ganz zu fehlen. Die Knäuel waren arm an Kernen. In der Rinde fanden sich Herde abgestorbenen Gewebes. Kerntheilungsfiguren und Zellenwucherung deuteten das Bestreben an, einen Ausgleich anzubahnen. Auffallend waren die Zellencylinder in den geraden Harnkanälchen, welche (in grosser Anzahl) vielleicht zur Harnstauung führen können. Von 6 Kindern, welche in der 4. Krankheitswoche gestorben waren, war bei dreien Entartung des Epithels, interstitielle Rundzellenanhäufung, bei zweien Entzündung der Knäuel und bei einem jeder der genannten Vorgänge nachweisbar. 6 weitere Kinder, bei welchen sich echte Diphtherie zu Scharlach gesellt hatte, liessen an den Nieren vorwiegend parenchymatöse Veränderungen erkennen. Nur 2mal waren erheblichere interstitielle Vorgänge gleichzeitig vorhanden.

Baginsky fand die echte Nephritis bei sonst nicht complicirtem Scharlach unter 195 Fällen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

nur 5mal und glaubt, dieses günstige Verhältniss den guten hygieinischen Bedingungen zu verdanken, welche den Kindern im Krankenhause geboten werden (anhaltende Bettruhe, reizlose Diät). Der Eintritt der Nierenentzündung ist theils ein allmählicher (Abnahme der Harnmenge, Eiweiss im Urin), theils ein plötzlicher mit starker Nierenblutung. Dass letztere stets, wie Sörensen behauptet, die Heilung einleite, erkennt B. nicht an, zumal da auch die hämorrhagische Nierenentzündung häufig mit Fieber einsetzt.

Die Scharlachnephritis ist eine selbständigere Erkrankung, als die Diphtherienephritis. Sie kann noch lange fortbestehen, nachdem schon alle augenfälligen Zeichen des Scharlach geschwunden sind. Die Behandlung bestand in Anordnung von Bettruhe und Milchnahrung, in der Darreichung von Wildunger Wasser, Diuretin. Bei starkem Hydrops wurden heisse Bäder mit Nachschwitzen angewandt. Zuweilen wirken Eisenpräparate gut harntreibend.

Brückner (Dresden).

98. **Die septische Scharlachnephritis**; von Dr. Aufrecht. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 3 u. 4. p. 339. 1894.)

Klebs unterschied die Erkrankungen der Nieren bei, bez. nach Scharlach in 3 Formen: 1) die körnige Degeneration der Nierenepithelien mit Albuminurie während des Fiebers; 2) die diffuse interstitielle Nephritis, die sich an das Leiden anschliesst und nach längerer oder kürzerer Zeit zum Tode führt; 3) die während der Desquamation auftretende Glomerulonephritis. Friedländer schied ebenfalls 3 Gruppen: 1) die initiale katarrhalische Nephritis; 2) die grosse schlaffe, hämorrhagische Niere, die interstitielle septische Nephritis; 3) die Glomerulonephritis, Nephritis postscarlatinosa.

A. theilt 3 Fälle genauer mit, die man zur 2. Gruppe Friedländer's rechnen muss, die sich durch das frühzeitige Eintreten, sofort mit dem Einsetzen des Scharlach, und den schnellen ungünstigen Verlauf auszeichnen. Der 1. Kranke starb urämisch nach 3tägiger, der 2. komatös nach 5tägiger, der 3. mit starken Oedemen nach 10tägiger Krankheit. Nach der klinischen Beobachtung und den anatomischen Untersuchungen fasst A. diese seltene gefährliche Form der Scharlachnephritis folgendermaassen auf: „Durch die Krankheitsursache ist ein Nierenleiden herbeigeführt, welches in der Nierenrinde einestheils eine Ernährungsstörung zur Folge hat, die sich durch Coagulationsnekrose und durch eine Lockerung des Zusammenhanges zwischen Epithel und Membrana propria dokumentirt, andererseits werden entzündliche Veränderungen erzeugt, welche durch Schwellung der Epithelien und durch eine von ihnen ausgehende Cylinderbildung charakterisirt sind. Gleichzeitig aber setzt die entzündliche Erkrankung in den Papillen ein, welche ebenfalls zu reichlicher Cylinderbildung führt. Diese Veränderung in den Papillen aber beherrscht weiterhin das ganze Krankheitsbild, indem auch hier, ganz so wie bei der Choleranephritis, eine Stauung des Harns und eine Erweiterung der Rindenkanälchen zu Stande kommt, welche in Fall 3 ausschliesslich, d. h. ohne Coagulationsnekrose, ohne Epithelausfall und ohne Epithelschwellung in der Rinde zu constatiren ist.“ Neben dieser parenchymatösen Nephritis findet sich noch eine Rundzelleninfiltration im Interstitium, ebenso wie man sie auch in Leber und Milz sieht.

Dass diese Verhaltung des Harnes in Folge der verlegten Papillenkanäle zu den schwersten Erscheinungen (Urämie u. s. w.) führen muss, ist leicht verständlich. Der Harn wird im Leben spärlich sein, reichlich Eiweiss und Cylinder enthalten.

Dippe.

99. **Beiträge zur Aetiologie und Therapie des Erysipels und des Erysipeloids**; von Dr. S. Felsenthal. (Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 221. 1893.)

F. empfiehlt zur Behandlung des Rothlaufs ein etwas verändertes Kraske'sches Verfahren. Die sorgfältig gereinigte Haut wird vielfach seicht eingeschnitten, ausgedrückt und dann mit 60proc. Ichthyolsalbe bedeckt. F. rühmt die guten Erfolge des Verfahrens, welches nur einmal versagte.

Von 15 Fällen fand F. in 14 Streptokokken, 1mal Staphylococcus pyogenes citreus. In diesem letzteren Falle war die Erkrankung im Anschluss an einen osteomyelitischen Process entstanden, welcher operativ behandelt worden war. Nach einem kurzen Ueberblick über die einschlägige Literatur kommt F. zu dem Schlusse, dass das „primäre genuine Erysipel“ durch Streptokokken hervorgerufen wird. Eine 2. Form des Rothlaufs kann sich im Verlaufe verschiedener Infektionskrankheiten einstellen und wird dann durch die jeweiligen specifischen Keime hervorgerufen (Typhusbacillen, Staphylokokken).

Zum Schluss berichtet F. über 4 bakteriologisch untersuchte „zoonotische Erysipeloide“ (Rosenbach). Einmal scheiterte die Untersuchung an ungünstigen äusseren Verhältnissen. 3mal züchtete F. aus der Haut der Kranken wurzelförmig verästelte Massen von grauweisser Farbe, welche die Gelatine nicht verflüssigten und aus kokkenähnlichen Gebilden zu bestehen schienen. Die Erysipeloide heilten ebenfalls unter Ichthyolbehandlung ab.

Brückner (Dresden).

100. **Ueber Erysipel und Erysipel-Recidive**; von Dr. Gottfried Frickhinger. (Annalen d. städt. allgem. Krankenhäuser zu München. München 1894. J. F. Lehmann. p. 141.)

F. hat aus der med. Klinik in München die Erysipel-Krankengeschichten von 1870—1891, 669 Fälle, durchgesehen und kommt nach ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

schiedentlichen tabellarischen Zusammenstellungen etwa zu folgenden Ergebnissen:

„Von allen Erkrankungen an Erysipel fielen 41% auf Recidive. Von den Recidiven kommen 56% auf zweitmalige Erkrankung und 44% auf öftersmalige [sic]. Von sämmtlichen Erkrankungen an Erysipel verliefen ohne Temperatursteigerung bis zur Fieberhöhe 20%. Von den Primärerkrankungen verliefen 18% fieberlos, von den Recidiven 24%. Bei der zweitmaligen Erkrankung fanden sich fieberlose Fälle 27%, bei der öftersmaligen Erkrankung nur 20%." Die Zwischenzeit zwischen zwei Anfällen betrug meist 1 Jahr und mehr. Je schneller die Anfälle aufeinander folgten, desto leichter waren sie im Ganzen und desto mehr ähnelte der nachfolgende Anfall dem vorausgegangenen.

Die meisten Erkrankten waren Weiber. Dem Alter nach fielen die Recidive meist in die Jahre 16 bis 30, jenseit 55 kamen sie nicht mehr vor. Das Erysipel verläuft bei älteren Leuten oft milder, als bei jüngeren. Die meisten Fälle fielen in das Frühjahr, im Herbst zeigte die Krankheit oft einen auffallend milden Verlauf. Dippe.

101. **Zur Behandlung des Erysipels**; von H. Köster in Gothenburg. (Centr.-Bl. f. klin. Med. XIV. 38. 1893.)

K. bestreicht das Erysipel und die Umgebung mittels eines Pinsels mit weisser Vaseline und bindet sauberes Leinen darüber. Das Aufstreichen wird 2mal täglich wiederholt; die Erfolge sollen sehr gut sein. Dippe.

102. **Ueber differentielle Diagnostik von entzündlichen Lungenaffektionen**; von Dr. A. Wassermann. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 47. 1893.)

W. befürwortet eine Eintheilung der sogenannten katarrhalischen Lungenentzündung je nach den verschiedenen Krankheitserregern. Er giebt zu, dass die Kenntniss der hier in Betracht kommenden Verhältnisse zur Zeit noch eine beschränkte ist. Er bespricht a) *durch Streptokokken erzeugte entzündliche Lungenaffektionen.* Streptokokken sind als Erreger von Lungenentzündungen bereits von Weichselbaum und Neumann, später von Finkler nachgewiesen worden. Nach W.'s Erfahrungen verlaufen diese Lungenentzündungen, wie auch aus 2 Krankengeschichten hervorgeht, subakut oder chronisch. Das Krankheitsbild ist oft dasjenige einer Tuberkulose der Lungen. Die Unterscheidung ist nur mit Hülfe der bakteriologischen Untersuchung des Auswurfs möglich. Ist der Auswurf sehr spärlich oder fehlt er ganz, so muss eine Einspritzung mit Tuberkulin die Entscheidung bringen. Die Klagen der Kranken sind verschiedenartig und lassen keinen bestimmten Schluss zu. Verhältnissmässig häufig werden die Lungenspitzen ergriffen. Sehr oft kann auch ein „Wandern" der Entzündung beobachtet werden. Die Temperaturcurve zeigt häufig starke Schwankungen, wie diejenige anderer durch Streptokokken hervorgerufener Krankheiten auch. Die Voraussage ist in Bezug auf das Leben günstig. Die Wiederherstellung nimmt oft mehrere Monate in Anspruch. Als Complikation fand sich einmal Mittelohrentzündung. Bei der Behandlung werden vornehmlich Einathmungen mit ätherischen Oelen oder mit starker Aethercampherlösung verwandt. b) *Durch Influenzabacillen erzeugte Lungenentzündungen.* Diese unterscheiden sich von den durch Pneumokokken erzeugten Krankheiten deutlich. Der Auswurf ist schaumig, eitrig, das Fieber unregelmässig. Der Temperaturabfall geschieht allmählich. Die Lösung ist eine ungemein verzögerte. In dem angeführten Beispiel nahm sie über 3 Wochen in Anspruch. Oertliche Anzeichen können sich Monate lang halten und, wenn sie in den Spitzen vorhanden sind, das Bild einer Tuberkulose vortäuschen. Auch hier entscheidet mit Sicherheit die Wirkung einer Tuberkulineinspritzung. Einmal hat W. neben einer Influenzapneumonie eine Fränkel'sche Pneumonie gesehen. Letztere beherrschte das Krankheitsbild von ihrem charakteristischen Beginn an und verlief in bekannter Weise. Brückner (Dresden).

103. **Zur Lehre von der croupösen Pneumonie.** (Vgl. Jahrbb. CCXXXVIII. p. 241.)

Bezüglich der *Aetiologie* herrscht auch in den neuesten Arbeiten vollkommene Uebereinstimmung über die grosse Bedeutung des Fränkel'schen Diplococcus oder, wie die Franzosen ihn zuweilen nennen, Talamon'schen Pneumococcus. Einen Begriff von der grossen *Contagiosität* dieses Lebewesens giebt eine kleine Abhandlung von Dr. Lanz, Assistenten an der chirurg. Klinik in Bern (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 10. 1893).

Unter 8 Kranken, denen Kocher an ein und demselben Tage die Struma excidirte, erkrankten innerhalb 2 Tagen 5 an Lungenentzündung, bei glattem Wundverlauf. Zugleich fiel es auf, dass innerhalb 14 Tagen der Kocher'schen Klinik 3 an Strumitis Erkrankte zugeführt wurden, während selbst in Kropfgegenden diese Entzündung eine äusserst seltene Erscheinung ist. Bei diesen 3 Kr. wurde im Punktionseiter mikroskopisch und durch Culturversuche als Entzündungserreger der Fränkel'sche Pneumococcus ausschliesslich gefunden. Die Lungenentzündungen entstanden in demselben Saale, in welchem die Kr. mit metapneumonischen Strumitiden lagen. Nachträglich erkrankte noch ein 6. Pat., nachdem er wenige Tage zuvor das Krankenhaus verlassen hatte, an Pneumonie. Die Fälle liefen, beiläufig bemerkt, sämmtlich in Genesung aus. Zur gleichen Zeit behandelte L. eine Kr., die nach einer Resektion des Pylorus eine tödtlich endende Pneumonie erworben hatte und aus deren Lungenherden die schönsten Hüllenkokken gezüchtet wurden. Den gleichen Befund ergab ein metapneumonisches Empyem. Gleichzeitig hatte L. in der Praxis seines Vaters Gelegenheit, eine umfangreiche schwere Pneumonie-Epidemie zu beobachten, ferner metapneumonische Meningitiden.

Die Beobachtungen L.'s bilden einen guten Beitrag zu dem epidemischen Auftreten der Pneu-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

monie und der anderen Erkrankungen, die der Fränkel'sche Coccus hervorrufen kann: Pleuritis, Meningitis, Otitis, Parotitis, Osteomyelitis u. s. w.

Da gesunde Menschen in ihrem Speichel und Sputum lebensfähige Pneumokokken beherbergen, ohne von einer Pneumonie heimgesucht zu werden, so müssen gewisse Umstände vorhanden sein, die die pathogene Wirkung des Mikroben verhindern. Diese Umstände sind uns noch unbekannt. Ad. Schmidt (Centr.-Bl. f. klin. Med. XIV. 30. 1893) untersuchte das *Verhalten und Gedeihen der Pneumokokken in verschiedenen Auswurfarten.* Pneumokokken-Reinculturen auf Agar, auf pneumonischem Sputum und auf schleimigem Sputum liessen fast keine Unterschiede erkennen; die mikroskopische Untersuchung zeigt aber bei den auf pneumonischen und auf Tracheal-Sputis entwickelten Kokken grosse charakteristische Formen mit deutlicher Kapsel. Nach 48 Stunden sind diese Unterschiede weniger deutlich. Die Agarculturen nehmen, auf das pneumonische Sputum versetzt, das Aussehen wohlgeformter Pneumokokken an.

Werthvolle Untersuchungen über die *Impfung gegen pneumonische Infektion* machte E. Mosny im Laboratorium des Prof. Strauss in Paris (Arch. de Méd. expérim. IV. 2. p. 195. 1892).

Die gesammte Darstellung zerfällt in 6 Abschnitte. Der erste enthält nur Geschichtliches, der zweite die Technik des Verfahrens bei der Impfung, der dritte handelt von der Impfung mit zerhacktem Organmaterial der an pneumonischer Infektion zu Grunde gegangenen Kaninchen. Der vierte Abschnitt beschäftigt sich mit der Impfung von filtrirten Reinculturen der Pneumokokken. Im fünften Abschnitte finden wir die Ergebnisse der Untersuchungen über das Blutserum der geimpften Thiere und im letzten werden die Heilungsversuche mit demselben beschrieben. Wir können nur die aus den Untersuchungen gezogenen Schlussfolgerungen, die ein besonderes Interesse erheischen, wiedergeben. Die Impfungen mit zerhacktem Organmaterial bei Kaninchen führten zu folgenden Resultaten.

Injicirt man das Filtrat aus den Organen der an Pneumokokken-Septikämie zu Grunde gegangenen Kaninchen in einer Dosis von 10 ccm in die Venen gesunder Kaninchen, so zeigt sich zuerst eine leichte vorübergehende Erkrankung, dann aber nach 4 Tagen werden die Thiere refraktär gegen intravenöse oder subcutane Uebertragung von hochvirulenten Pneumokokken. Die Impfung gewährt wenigstens für 1 Monat vollkommenen Schutz.

Injicirt man filtrirte Reinculturen von lebenden oder abgestorbenen Pneumokokken einem gesunden Kaninchen, so kann man dieses dauernd immun gegen die pneumonische Infektion machen. Es ist aber nothwendig, dass man dazu sehr virulente Culturen verwendet, welche vor der Filtration 3 Stunden lang auf 60° erhitzt wurden. Bei Culturen der 10. Generation schlägt der Versuch oft fehl, während er bei der 1. bis 4. Generation immer gelingt. Die Einimpfung muss mindestens mit 10 ccm Filtrat geschehen und es ist wohl zu beachten, dass die Immunität erst 4 Tage nach der Impfung erfolgt.

Das Serum der vaccinirten Thiere wirkt den Pneumokokken gegenüber nicht antibakteriell, sondern antitoxisch, denn M.'s Versuche mit dem Serum von Kaninchen, welche gegen die virulentesten Pneumokokken immun waren, ergaben eine geringere Giftigkeit gegenüber den Mikroben im Vergleich mit dem Blutserum gesunder Kaninchen. Eine Heilung vorher inficirter Kaninchen erfolgte weder durch Einspritzung von Blutserum vaccinirter Thiere, noch durch die Impfung mit zerhacktem, das Virus enthaltendem Organmaterial, auch selbst dann nicht, wenn der Zeitpunkt zwischen Infektion und Impfung möglichst günstig gewählt worden war.

Zur Erleichterung eines frühzeitigen *Erkennens der Pneumonie* macht Morison in Edinburg (Lancet II. 13; Sept. 23. 1893) auf ein besonderes physikalisches Zeichen aufmerksam. In einer Reihe von Fällen fand er frühzeitig, wenn eben erst die allgemeinen Symptome sich bemerkbar machten, bei sorgfältiger Auskultation an einer ganz begrenzten Stelle, die später die deutlichen Erscheinungen der Pneumonie darbot, eine Art pulsatorischer Exspiration, die man aus bekannten Gründen am deutlichsten am Kinderthorax hört, doch ist sie auch bei Erwachsenen gut wahrzunehmen. Man könnte annehmen, dass diese stossweise erfolgende Exspiration durch Fortleitung des Herzschlages in dem dichteren Medium entsteht, indessen widerspricht dieser Annahme der ungleiche Rhythmus der Exspiration und des Herzschlages.

Baccelli verlangt in seinen klinischen Vorlesungen, welche sein Assistent Pensuti sammelte, dass die verschiedenen Stadien der Pneumonie, wie sie sich anatomisch gut charakterisiren lassen, auch durch die Auskultation gehörig erkannt werden (Riforma med. IX. 55. 56. 1893). Er legt den höchsten Werth auf die verschiedenen Combinationen des vesikulären mit dem bronchialen Athmen und den mit beiden einhergehenden Rasselgeräuschen. Füllen sich die Lungenalveolen nach und nach mit dem fibrinösen Exsudat an, so wird das Vesikulärathmen schwächer, in der Mitte hört man feine gleichmässige inspiratorische Rasselgeräusche, die weithin klingen, und ganz entfernt davon ein deutliches Bronchialathmen. Sind die Alveolen fast von dem entzündlichen Exsudat erfüllt, so nimmt das Vesikulärathmen noch immer mehr ab, auch die feinblasigen Rasselgeräusche vermindern sich, während die bleibenden einen mehr klingenden Charakter annehmen, das bronchiale Athmen wird deutlich. Ist die Hepatisation vollständig, während die grösseren Bronchen durch-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

gängig bleiben, so hören Vesikulärathmen und Rasselgeräusche auf und es herrscht einzig und allein bronchiales Hauchen, tönend bis zum amphorischem Klange.

Beginnt die Verflüssigung der Exsudate und dringt die Luft auf's Neue in die Lungenbläschen ein, so entstehen wieder feinblasige Rasselgeräusche, die aber nicht die frühere Gleichmässigkeit zeigen und nicht ausschliesslich an die Inspiration sich anschliessen; sie verlieren immer mehr ihren klingenden Ton, es entstehen unregelmässige feuchte Blasen, die das bronchiale Athmen fast gänzlich verdecken. Bei weiterem Verflüssigen des intraalveolären Exsudates nimmt das Vesikulärathmen zu, das Rasseln wird unregelmässiger und feuchter, seine Resonanz vermindert sich immer mehr und es bleibt nur noch das bronchiale Exspirium als letztes Merkmal der Entzündung zurück.

Die *Entstehung des fibrinösen Exsudates* bei der Pneumonie ist mannigfach gedeutet worden und namentlich die Ansicht, dass es eine Folge der Gerinnung entzündlichen Plasmas ist, wobei eine Anheftung von Fibrinfäden an die Alveolarwand stattfindet, findet heutzutage vielfache Vertretung. Die Untersuchungen G. Hauser's aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Erlangen, namentlich auch mit künstlich erzeugten Pneumonien bei Kaninchen vermittelst der Injektionen von Pneumokokken, zeigen jedoch deutlich ein Abhängigkeitsverhältniss der Fibrinausscheidungen von den zelligen Elementen im Sinne der Al. Schmidt'schen Theorie, so dass auch die croupösen Lungenentzündungen den echten croupösen Entzündungen der Schleimhäute an die Seite gestellt werden müssen (Münchn. med. Wchnschr. XL. 8. 1893). Das fibrinöse Exsudat entsteht durch fibrinöse Entartung des Alveolarepithels, insbesondere der kernlosen hyalinen Platten. Der übrige Hohlraum ist anfangs leer oder enthält Serum mit spärlichen Zellen. Erst im weiteren Verlauf bildet sich ein den ganzen Alveolarraum durchsetzendes Fibrinnetz, welches mit den aus den entarteten Alveolarplatten entstandenen Pseudomembranen in Verbindung tritt. In den Maschen dieses Netzes finden sich abgestossene Epithelzellen und ausgewanderte weisse Blutzellen.

Ueber die *Ursachen der Lungeninduration nach croupöser Pneumonie* liegen Untersuchungen von C. v. Kahlden aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Freiburg vor (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XIII. 2. p. 279. 1893).

Der Ausgang der croupösen Pneumonie in Induration ist vielfach angezweifelt worden und diejenigen Autoren, die ein solches Vorkommen annahmen, schrieben die Induration einer constitutionellen Schwäche zu. v. K. hatte Gelegenheit, 5 Lungenindurationen in ihren verschiedenen Entwickelungsphasen zu untersuchen, und hat dabei hauptsächlich sein Augenmerk auf die histologischen Veränderungen der Lunge gerichtet. Die ersten beiden Indurationen wurden 14 Tage nach Beginn der Erkrankung untersucht, die dritte 3 Wochen, die vierte 4 und die fünfte 5 Wochen nach Eintritt der croupösen Pneumonie. Im ersten Falle war die Mehrzahl der Alveolen mit einer grauweissen Masse ausgefüllt, welche meist aus fädigem Fibrin bestand, von Leukocyten durchsetzt, vornehmlich aber von etwas grösseren Zellen mit ovalem, blassem Kern und von langgestreckten, spindelförmigen Zellen. Die Zellen lagen nicht frei in den Alveolen, sondern in das Fibrin eingeschlossen oder umsäumten dieses in seiner ganzen Peripherie. In den vorgeschrittenen Stadien findet man in dem Grundgewebe eine feine Faserung. Die Bindegewebeneubildungen gehen von den Alveolarwänden aus, eine Beziehung zu den Gefässen ist nicht vorhanden. Im zweiten Falle waren die Veränderungen schon etwas weiter vorgeschritten, indem sämmtliche Alveolen mit einer dichten Fibrinmasse angefüllt waren, welche von mehrfachen concentrisch geschichteten, spindelförmigen Zellen umgeben war. Bei der weiter entwickelten Lungeninduration der dritten Beobachtung fanden sich die Alveolen von ausgedehnten Capillaren und anderen Gefässen umgeben, in Folge wovon es zu Blutaustritten in das Alveolenlumen gekommen war. Im vierten Falle traten innerhalb der Alveolenwände die Capillaren als schmale gelbe Streifen deutlich hervor, so dass es fast schien, als wären die Alveolen von einem gelben Ringe eingeschlossen. In einzelnen Bezirken hatte eine deutliche Leukocyten-Auswanderung stattgefunden, als Zeichen einer noch vorhandenen frischeren Entzündung einzelner Partien. Im letzten Falle endlich waren die Alveolen von einer hellen Grundmasse ausgefüllt, in welcher Zellen gleichmässig vertheilt waren. Diese Grundmasse war bald fein gekörnt, bald aber noch deutlich faserig. Im Centrum fanden sich meist nur Zellen von rundlicher Form, während ein Gürtel deutlich spindelförmiger Zellen mit langgestrecktem Kern diese umgab. Solcher concentrischer Lagen sah man meist 3—4, zwischen ihnen blieb eine deutliche bindegewebige Faserung sichtbar.

Aus diesen Beobachtungen geht zweifellos hervor, dass die Bindegewebeneubildung aus dem Bindegewebe der Alveolarwand stammt. Die Ursache dieser Induration ist in der Ausfüllung der Alveolen mit Fibrinmassen zu suchen, die sich hier reichlicher und dichter zeigen, als in den gewöhnlichen Fällen von croupöser Pneumonie. Das Liegenbleiben des Fibrins und seine mangelhafte Resorption können die Folge sein von ausgedehnten Verwachsungen der Lunge mit der Pleura costalis, da die Resorption in einem sein Volumen ändernden Organ leichter vor sich gehen muss, als in einer wenig beweglichen Lunge. Es können ferner mitwirken Constitutionsanomalien, Alkohol-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

missbrauch und alle Umstände, die die Herzthätigkeit herabsetzen.

Ein direkter *Uebergang der fibrinösen Pneumonie in Verkäsung* ist in der Literatur bisher kaum erwähnt und aus diesem Grunde verdient eine Beobachtung von Carl Davidsohn im pathologischen Institut zu Berlin Interesse (Virchow's Arch. CXXVII. 2. p. 376. 1892).

Ein 18jähr. Hausdiener bekam nach einem Abdominaltyphus eine fibrinöse Pneumonie, die von links nach rechts, von unten nach oben fortschritt und tödtlich endete. Bei der Sektion fand sich unterhalb der Spitze der rechten Lunge eine narbige Einziehung und eine Depression, die durch einen scharf gerötheten Hof umgrenzt war. Unter der Narbe sah man eine wallnussgrosse Höhle, deren Wand mit gelblich grauen Bröckeln bedeckt war, der zweite Herd, unter der Depression, erwies sich als lobuläre käsige Hepatisation. Mikroskopisch zeigten sich die trockenen gelblichen Partien als trübe erscheinende Massen, in welchen die Kerne nicht mehr durch Hämatoxylin färbbar waren. Man erkannte deutlich an den Grenzen das Entstehen aus roth hepatisirten Herden. Die Alveolen waren im Centrum verkäst, homogene, nicht mehr differenzirbare Massen, während am Rande noch deutliche Zellen vorhanden waren. Von Lungengewebe war bei zahlreichen Alveolen, an deren Stelle Zell- und Gewebedetritus getreten war, keine Spur mehr vorhanden. Es hatte hier inmitten einer im Fortschreiten begriffenen Pneumonie eine Verkäsung stattgefunden.

Ueber *pathologisch-anatomische* Beobachtungen in 6 Fällen von *infektiöser Pneumonie* berichtet Stoquart, Prosektor am Hospital Saint-Pierre in Brüssel (Journ. de Méd. et de Chir. LI. 21. 1893).

Die 6 Kranken, völlig isolirt und unabhängig von einander, erlagen in einem Zeitraume von 16 Tagen einem und demselben Krankheitsprocess, so verschieden auch auf den ersten Blick der Verlauf der Erkrankungen war. 4 Männer und 2 Frauen von 16—45 Jahren. Im Fall 1 und 6 fand sich die Pneumonie im Stadium der rothen Hepatisation, mit fibrinöser Pleuritis, ohne weitere Complikationen. Aehnlich verhielt sich Fall 2, in dem jedoch unter einer narbigen Einziehung kleine käsige Herde sassen, die von sklerosirtem Gewebe umgeben waren. In den anderen Fällen hatte der Process sich nicht auf die Lungen beschränkt, sondern die Aortenklappen ergriffen, welche ulcerirt und theilweise völlig perforirt waren; ferner waren das Perikardium, das Peritonaeum und die Meningen ergriffen. Zwei Fälle boten das Bild einer suppurativen Leptomeningitis dar, welche deutlich längs der Gefässe bis zum Wurm und der Oberfläche der Kleinhirnlappen hingekrochen war. Der Pneumococcus war stets als der Krankheitserreger nachzuweisen.

Aus dem pathologischen Institut zu Pisa liegt eine Beobachtung von *Cerebrospinal-Meningitis und Endokarditis nach croupöser Pneumonie* von Dr. Venturi vor, in welcher ebenfalls der Diplococcus lanceolatus als der pathogene Erreger gefunden wurde (Sperimentale XLVII. 7—8. April 30. 1893).

Es handelte sich um einen 63jähr. Mann, welcher an einer rechtseitigen Pneumonie der beiden unteren Lappen erkrankt war; am 15. Tage Krise. Am 22. Tage traten wiederholte Schüttelfröste mit heftigen Kopfschmerzen auf. Die Bulbi waren nach links gedreht, die linke Pupille war mydriatisch, die Pupillenreaktion träge und ungenügend. Fibrilläre Zuckungen in den Gesichtsmuskeln, die Nackenmuskeln mässig contrahirt, die Blase gelähmt, Verstopfung. Die Arme waren mässig contrahirt, die Beine gestreckt, die Patellarreflexe erhöht, rechtseitiger Fussklonus. Temperatur 39.9°, Puls 116. Der Kranke lag komatös mit stertorösem Athem da und ging schliesslich unter den deutlichen Erscheinungen einer cerebrospinalen Leptomeningitis zu Grunde. Bei der *Sektion* fand sich eiteriger Erguss in den subarachnoidealen Räumen, ebenso an der Basis des Gehirns nahe dem Chiasma, ferner ein eiteriger Erguss im 4. Ventrikel und im Wirbelkanal bis herunter zur Cauda equina. Das Herz, von normaler Grösse, zeigte Maculae tendineae auf dem Perikardium, an der Aortenklappe eine umschriebene ulceröse Endokarditis mit rothem Thrombus. Die histologische Untersuchung der Klappe ergab Zerklüftung des Endothel mit fibrinösen Auflagerungen und darin Leukocyten, rothe Blutkörperchen und Diplokokken in grosser Menge eingelagert. Die mikroskopische Prüfung des Eiters in den Meningen zeigte Diplokokken und Streptokokken in Lancettform und hier und dort auch Proteus vulgaris. Impfversuche bei 2 Kaninchen gleichen Alters, von denen das eine mit dem Eiter der Meningen, das andere mit dem Exsudat aus den pneumonischen Herden geimpft wurde, ergaben als Resultat den Tod des mit dem Meningealeiter geimpften in kaum 36 Stunden unter diffusem Hautödem und Milzschwellung, während das andere, mit dem pneumonischen Exsudat geimpfte am 5. Tage bei mässig vergrösserter weicher Milz und leichter subcutaner Hyperämie an der Impfungsstelle einging. Bei beiden wurden grosse Mengen von Diplokokken im Blute gefunden.

Aus seinen Untersuchungen glaubt V. 2 Thatsachen feststellen zu können. 1) Der Pneumococcus kann, nachdem er an einer Stelle des Körpers eine entzündliche Reaktion hervorgerufen hat, daselbst eine Abschwächung erleiden, aber, an einen anderen Ort desselben Körpers übertragen, auf's Neue erhöhte Virulenz erlangen. 2) Eine Infektion mit dem Fränkel'schen Pneumococcus hat, so lange sie noch in einem Eingeweide des menschlichen Körpers wirksam ist, keine schädigende oder abschwächende Wirkung auf eine zweite Ansiedelung in demselben Individuum, im Gegentheile scheint sie die Prädisposition zu steigern, im Gegensatz zu den beim Kaninchen gefundenen Ergebnissen.

Ulcerative Endokarditis und Meningitis post pneumoniam beobachtete auch Sainsbury im Royal free Hospital zu London (Lancet I. 7: Febr. 18. 1893.)

Am 11. Tage des Bestehens einer rechtseitigen Pneumonie trat normale Temperatur ein mit Erscheinungen der Lösung, doch nach 6 Tagen kehrte das Fieber wieder mit Delirien, die Krankheit nahm einen typhoiden Charakter an. Auf Grund eines doppelten, wenn auch sehr schwachen Geräusches an der Herzbasis wurde die Diagnose auf maligne Endokarditis und Meningitis gestellt. Bei der *Sektion* fand sich an einer Klappe der Aorta eine haselnussgrosse, weiche, grünliche Vegetation, in welche ein kleines Aneurysma hineinragte, die anderen Klappen waren völlig intakt. Es verdient noch besonders bemerkt zu werden, dass im Centrum des Unterlappens der rechten Lunge eine kleine Höhle, gefüllt mit gutem Eiter, sich fand. Die Annahme, dass die ulcerirende Endokarditis eine Folge einer früher überstandenen leichten rheumatischen Affektion sei, ist von der Hand zu weisen, da niemals irgend welche Anomalien der Herztöne wahrzunehmen gewesen waren und die Entzündung eine völlig frische war. Die mikroskopische Untersuchung der Klappenvegetation ergab kurze Bacillen mit bipolarer Färbung, oft in Kettenform gelagert, als Diplokokken waren sie nicht anzusprechen, da nirgends eine Hülle zu sehen war. Culturen auf Gelatine und Agar blieben

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

steril. In den Meningen fand sich mehrfach der Staphylococcus pyogenes aureus. Kein einziger Mikroorganismus war gerade vorherrschend, so dass ein direkter Schluss aus dem Befunde nicht zu ziehen ist.

Ueber die *Häufigkeit des Vorkommens von Pneumonien und Bronchopneumonien nach Cholera* herrschen sehr verschiedene Ansichten. Dubreuilh in Paris behauptet, bei der Hälfte der in der Reaktionsperiode der Cholera hingerafften Kranken Bronchopneumonien gefunden zu haben, und ähnlich sind auch die Hamburger Beobachtungen aus dem Allgemeinen Krankenhaus 1892, wo bei 150 Choleraautopsien 4mal Lobärpneumonien, 58mal Bronchopneumonien beobachtet wurden. Galliard, Hospitalarzt in Paris, war zwar nicht im Stande, seine sämmtlichen 200 Choleraleichen 1892 zu seciren, fand jedoch in den Fällen, in denen dies geschah, nur wenige Pneumonien (Gaz. hebd. XL. 15; Avril 1893).

Diese Pneumonien sind häufiger bei alten, bei geschwächten Leuten und bei Kindern, sie treten selten schon im Stadium algidum, meist während der Reaktion auf. Von 5 Kranken, über die G. genauer berichtet, fand sich nur bei einem eine echte lobäre Pneumonie (18jähr. Trinker), die 4 anderen boten Bronchopneumonien dar.

Diese Bronchopneumonien bei Cholera unterscheiden sich deutlich von denen bei Masern, Keuchhusten und anderen Krankheiten. Man findet Splenisation und confluirende Hepatisationsherde, alle gleichen Alters und stets gleichartig auf dem ganzen Durchschnitt der hepatisirten Stelle. Die bakteriologische Untersuchung des Sputum ergab in einem Falle, den Mills beschrieben hat, Kommabacillen am 53. Tage der Krankheit nach Ablauf der Cholera, doch steht diese Beobachtung noch einzig da und erlaubt noch keine definitiven Schlüsse.

Ein beachtenswerther Fall von *Febris intermittens pneumonica* mit unregelmässig quartanem Typus ist (Petersb. med. Wchnschr. XVIII. 26—28. 1893) von N. Krikow beschrieben.

Es handelte sich um einen 25jähr. Matrosen, der, aus einer feuchten, sumpfigen Fiebergegend stammend, im 14. Jahre Malaria gehabt hatte. Nachdem er verschiedene Expeditionen in gesundem Zustand mitgemacht hatte, erkrankte er vor 2 Jahren unter Ikterus und Schmerzen in der Lebergegend an einer Febris tertiana. Seit dem 15. Jahre war er dem Alkoholismus ergeben. Im August 1892 bekam er plötzlich einen heftigen Schüttelfrost mit den üblichen Symptomen der Intermittens. Dazu gesellten sich Husten, stechender Schmerz beim Athmen in der Gegend der linken Clavicula. Die Auskultation ergab abgeschwächtes Athmen, Exspirium verlängert und rauh, subcrepitirendes Rasseln. Athemfrequenz bedeutend vermehrt. Die Milz war nicht fühlbar, sie schien nicht vergrössert. Am folgenden Tage waren die objektiven Veränderungen an der Lungenspitze bedeutend geringer. Tuberkelbacillen waren nicht vorhanden. Anfangs hatte man, namentlich bei dem Fehlen der Milzvergrösserung und der charakteristischen Temperaturerscheinungen, die Diagnose auf Bronchitis gestellt. 3 Tage darauf Abends nach Schüttelfrost 39.5°, deutliche Milzvergrösserung. Dieser zweifellose Malaria-Anfall wurde durch Chinin coupirt. Mit dem Fiebernachlass schwanden immer die Rasselgeräusche an der Lungenspitze und es blieb nur leichte Dämpfung und abgeschwächtes Athemgeräusch zurück. Bis Mitte September erfreute sich der Kranke eines leidlichen Wohlbefindens. Dann kam er wieder in's Hospital. Er klagte über stechende Schmerzen beim Athmen in der rechten Seite und es konnte wieder ein umschriebener pneumonischer Herd mit subcrepitirenden Rasselgeräuschen nachgewiesen werden. Malariaparasiten wurden im Blute nicht gefunden, wohl aber eosinophile kleinere Leukocyten. Bei dem Fehlen der Milzvergrösserung und der Plasmodien wurde jetzt die Diagnose auf croupöse Pneumonie mit verzögerter Hepatisation gestellt, wie sie bei Potatoren häufiger vorkommt. In den folgenden Tagen liessen Schmerzen und Husten nach, es erschienen in der Axilla feuchte Rasselgeräusche. Nach starkem Schweiss Aufhellung der Dämpfung, Verschwinden der Rasselgeräusche, der Schmerz in der rechten Brusthälfte blieb. Am nächsten Tage traten neue Erscheinungen in den Lungen nicht auf, wohl aber Schüttelfrost, Kopfschmerz und in der folgenden Nacht reichlicher Schweiss. Eine Blutuntersuchung liess jetzt zweifellose Malariaparasiten erkennen. Am 3. Tage darauf in den unteren Partien der rechten Lunge eine 2 Querfinger breite Dämpfung mit unbestimmten Athemgeräuschen.

Aehnliche Fälle sind von Griesinger und mehreren russischen Autoren beschrieben worden. Meistens treten nach dem Frost- und Hitzestadium Athemnoth, Knisterrasseln und Dämpfung in den Lungen auf, welche bei dem nachfolgenden Schweisse nachlassen, aber nach regelmässigen Wiederholungen eine dauernde Lungeninfiltration zurücklassen, welche zum Tode führt. Ob in dem vorstehenden Falle die Pneumonie als Ausdruck des allgemeinen Leidens oder als eine sekundäre Infektion anzusehen war, entzieht sich dem Urtheil, da Sputum von dem Kranken nicht zu erlangen war.

Einen bemerkenswerthen Fall von *gleichzeitiger Invasion zweier pathogenen Bakterien* bei einem 22jähr., hochschwangeren Mädchen beschreibt Goldscheider aus der 1. med. Klinik in Berlin (Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 14. 1892).

Die im 8. Monate ihrer Schwangerschaft stehende Frau erkrankte zur Zeit der Influenza an einer schweren Pneumonie des linken Unterlappens mit blutigem Sputum, in welchem Diplokokken, aber keine Influenzabacillen gefunden wurden. Nach einer Pseudokrise am 3. Krankheitstage trat von Neuem höheres Fieber mit schweren Erscheinungen auf. Am 6. Tage der Erkrankung erfolgte die Geburt eines 8monat. Knaben, welcher vom 4. Lebenstage ab erysipelatös erkrankte und am 7. Tage unter Fortschreiten des Erysipels zu Grunde ging. Am 7. Tage seit Beginn der Pneumonie erfolgte ein zweiter kritischer Temperaturabfall mit Schweiss, welchem jedoch schon nach wenigen Stunden eine Pneumonie im linken Oberlappen folgte. Diese endigte kritisch zwischen dem 6. und 8. Tage, so dass der ganze Verlauf 15 Tage in Anspruch genommen hatte. Es bestand jedoch nur ein kurzes Wohlsein, da schon nach 2 Tagen ein sehr ausgebreitetes Erysipel über der ganzen Glutaealgegend und fortschreitend über den Rücken bemerkbar wurde. Dasselbe fand am 9. Tage seines Auftretens und am 24. Krankheitstage überhaupt sein Ende, worauf eine langsame ungestörte Reconvalescenz folgte.

Da das Kind bereits am 4. Lebenstage von Erysipel befallen wurde und da es die nachgewiesenen Erysipelaskokken von der Mutter intra partum empfangen haben musste, so muss geschlossen werden, dass die Mutter zur Zeit der Entbindung die Erysipelaskokken in sich trug

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

und diese erst nach Ablauf der Pneumonie ihre schädliche Wirkung ausüben konnten. Wir müssen demnach annehmen, da die Invasion jener Kokken latent verlaufen war, dass die Entwickelung derselben unter dem Einfluss der Pneumokokken gehemmt war und erst zur Geltung kam, nachdem die toxische Wirkung der Hüllenkokken aufgehoben war.

Rieder hat im klinischen Institut zu München (Münchn. med. Wchnschr. XXXIX. 29. 1892) Untersuchungen über das *numerische Verhalten der weissen Blutzellen bei Influenza, croupöser und katarrhalischer Pneumonie* angestellt. Er stellt 4 Tabellen zusammen, deren erste uncomplicirte Influenzafälle enthält, während in Tabelle II Fälle enthalten sind mit katarrhalischer Influenza-Pneumonie, in Tabelle III Fälle von katarrhalischer und croupöser Pneumonie, mit Verdacht auf Influenza, in Tabelle IV reine croupöse Pneumonien.

Bei einfacher Influenza war niemals Leukocytose zu constatiren, selbst bei hohen Temperaturen nicht, viel eher ist zuweilen eine Verminderung der weissen Blutkügelchen wahrzunehmen. Auch bei der katarrhalischen Pneumonie nach Influenza war keine oder nur geringe Leukocytose vorhanden, höchstens da, wo gleichzeitig einzelne croupöse Herde bestanden. Im Gegensatze hierzu war die echte croupöse Pneumonie mit entschiedener Leukocytose verbunden. Diese Befunde am Menschen entsprechen den Thierversuchen von Tschistovich, der nach Injektionen abgeschwächter Pneumokokken-Culturen Leukocytose erhielt, bei virulenten Culturen hingegen Verminderung der Leukocyten sah, Beobachtungen, die für eine negative chemotaktische Wirkung virulenter Culturen und eine positive chemotaktische Wirkung abgeschwächter Culturen zu sprechen scheinen. Die Leukocyten-Vermehrung kann als werthvolles diagnostisches Hülfsmittel verwendet werden, indem sie bei den katarrhalischen Influenzapneumonien nicht vorkommt, wohl aber bei den croupösen Pneumonien.

Bei der *Behandlung der Pneumonie* werden die von Petrescu in Bukarest eingeführten grossen Dosen Digitalis, namentlich in Verbindung mit reichlichem Alkohol, mehrfach empfohlen. Fickl in Wien (Wien. med. Wchnschr. XLIII. 8. 9. 1893) hat diese Behandlung seit Anfang Februar 1890 im Garnisonlazareth in Anwendung gezogen. Die Gesammtzahl der in der Zeit von 26 Monaten behandelten Pneumoniekranken betrug 108. Die Digitaliserfolge ergaben 93 völlig Genesene, deren volle Diensttauglichkeit wieder eintrat, 13 wurden zur Erholung beurlaubt, 1 nach der Genesung transferirt und einer starb. Die 108 Pneumonien (74 lobäre croupöse und 34 lobuläre katarrhalische) ergaben eine Mortalität von 0.91%. Vergleicht man hiermit die Erfolge anderer grösserer Spitäler bei 20—30jähr. Männern, so ergiebt das allgemeine Krankenhaus in Wien ca. 16%, das Rudolfs-Spital 15.9%, das Wiedener Krankenhaus bei derselben Altersstufe 14.16%. Man könnte wohl den Einwurf machen, dass den Militärlazarethen sehr viel kräftigere Männer zugeführt werden, als den Civilspitälern, indessen finden sich unter den ruthenischen und rumänischen Soldaten auch sehr viel schwächliche und widerstandslose Männer.

Fickl lässt, wie Petrescu, Tagesdosen von 3 g im Infusum so lange nehmen, bis die Entfieberung eintritt oder leichte Intoxikationserscheinungen sich geltend machen. Daneben lässt er viel Alkoholica, ca. 1 Liter Rothwein, 50—100 g Cognac, zuweilen noch $^1/_2$ Liter rothen Vöslauer, nehmen. Auch andere Kliniker loben die Wirkung der Digitalis und F. bedauert nur, dass die Digitalis-Therapie noch nicht in dem Maasse Verbreitung unter den Aerzten gefunden hat, wie sie es verdient. Unangenehme Erscheinungen sind zuweilen nach dieser Behandlung wahrzunehmen, verlieren sich aber ohne Ausnahme nach der Krisis, ohne irgend welchen Schaden zurückzulassen.

Günstige Berichte über die Digitalisbehandlung liegen noch aus dem allgemeinen Krankenhaus in Wien (Abtheilung des Prof. Drasche) von Reiner vor (Wien. med. Wchnschr. XLIII. 39. 1893).

Digitalisinfus, 2—3—4 g : 200 Colatur pro die, wurde von Anfang 1893 bis Ende Juli in 24 Fällen versucht, von denen nur 1 tödtlich verlief. Dieser 69jähr. Kranke wurde mit doppelseitiger Pneumonie und schweren Collapserscheinungen eingeliefert. 14 der Geheilten waren Männer, 9 Frauen, 8 Fälle betrafen das Alter von 20—30 Jahren, 7 30—40, 2 fielen auf das 5. Decennium und 1 Fall auf das 7. Decennium. Die Heilungsdauer betrug durchschnittlich, vom Tage der Erkrankung an gerechnet, 3—4 Wochen, nur in 2 Fällen zog sie sich bis zu 2 Monaten hin. Digitalisintoxikation wurde 10mal beobachtet, davon 3mal Arrhythmie des Pulses, 6mal Erbrechen, 1mal schwerer Collaps.

Günstige Erfahrungen mit dieser Behandlung machte auch Dr. Bond in Hartshorne (New York med. Record XLII. 25; Dec. 17. 1892), der mit mittleren Dosen beginnt, dann allmählich steigt, bis der Puls etwas unter die Norm sinkt, und dann wieder die Dosen stufenweise herabsetzt, bis alle Expektoration verschwindet. Er sieht Digitalis als ein gutes Antipyreticum, als ein wirklich verlässliches Sedativum an, ferner vermindert es die Fluxion zur Lunge und ist als Diureticum sehr nützlich.

Thomas J. Mays in Philadelphia rühmt die Eisbehandlung bei Pneumonie, deren Resultat 2 Todesfälle auf 50 Lungenentzündungen war, während Osler die Mortalität bei Pneumonien, nach anderen Methoden behandelt, nach den Ergebnissen aus dem Montreal General Hospital auf 20% angiebt, die Sterblichkeit im Pennsylvania Hospital sogar 31% beträgt (Med. News LXII. 25; June 24. 1893).

Schliesslich sei auch noch der Behandlung mit Sauerstoff und subcutanen Strychnin-Injektionen erwähnt, die in 3 hoffnungslosen Fällen von

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

croupöser Pneumonie nach Hamilton Allen und Morgan wunderbar gewirkt haben soll (Brit. med. Journ. March 5. 1892. p. 501).

Lasch (Berlin).

104. **Die habituellen Nasenblutungen**; von Doc. Dr. W. Roth. (Wien. med. Presse XXXIV. 23. 24. 1893.)

Um da, wo die Quelle der Nasenblutungen nicht ohne Weiteres sichtbar ist, die Ursprungsstelle zu finden, schlägt R. vor, mit einer Sonde die Wandungen der Nasenhöhle abzutasten und darauf zu achten, an welcher Stelle plötzlich bei der Sondenberührung eine stärkere Blutung auftritt. Als Mittel, eine schwer stillbare Blutung zum Stehen zu bringen, schlägt R. neben anderen das Einführen langer Dermatolgazewieken, etagenförmig übereinander geschoben, vor und giebt diesem Verfahren auch den Vorzug vor der Tamponade mittels *Bellocq*'scher Röhre. Die Art der lokalen und allgemeinen Therapie richtet sich natürlich ganz nach den Verhältnissen, doch empfiehlt R. zur lokalen Blutstillung durch Schorfbildung besonders die tief wirkende und feste Schorfe setzende Chromsäure, deren Anwendung er im Gegensatz zu Jurász auch am Septum für durchaus zweckmässig hält.

Richter (Altenburg).

105. **Meningocele dorsi nasi**; Oker-Blom. (Duodecim VIII. 2. S. 35. 1892.)

Bei einem 2 J. alten rhachitischen Kinde mit chronischem Hydrocephalus fand sich auf dem Nasenrücken, an der Grenze zwischen Knochen und Knorpel eine nussgrosse transparente Geschwulst, von einer so dünnen Haut bedeckt, dass die sie durchlaufenden Gefässe sichtbar waren. Zwischen der Geschwulst und der grossen Fontanelle bestand Fluktuation.

Walter Borger (Leipzig).

106. **Ueber das auf natürlichem Wege diagnosticirte und behandelte „latente" Empyem des Sinus frontalis**; von Dr. L. Lichtwitz in Bordeaux. (Therapeut. Mon.-Hefte VII. 8 u. 9. 1893.)

Wie bei der Kieferhöhle giebt es auch bei der Stirnhöhle neben der klassischen Form des Empyems (mit Auftreibung der orbitalen Wand, Stirnkopfschmerz, fötider, meist einseitiger und intermittirender Nasenabsonderung) noch eine andere Form, bei der alle äusseren Kennzeichen fehlen, die L. als latentes Empyem bezeichnet. Die Symptome des latenten Stirnhöhlenempyems sind alle inconstant und mehrdeutig mit Ausnahme des direkten Nachweises von Eiter in der Höhle. Für den Nachweis stehen, ebenso wie für die Behandlung des Empyems, drei Wege zur Verfügung: 1) die Trepanation der Höhle von aussen, 2) die Perforation des Bodens des Sinus von der Nase aus und 3) der Katheterismus des Sinus. Die erste Methode erfordert eine grössere, keineswegs gleichgültige Operation, sollte deshalb nur in Fällen, in denen man seiner Sache sicher ist und in denen einfachere Methoden nicht zum Ziele geführt haben, angewendet werden. Den zweiten, von Schaeffer empfohlenen Weg hat L. an der Leiche und am Lebenden wiederholt versucht, hat ihn aber, da er die Ueberzeugung gewonnen hat, dass das Verfahren durchaus nicht ungefährlich ist, gänzlich verlassen, obgleich er in einigen Fällen durch die Punktion der Stirnhöhle von der Nase aus ein ganz gutes therapeutisches Resultat gehabt hat. Den Katheterismus der Stirnhöhle hat L. zunächst an der Leiche erprobt und hat gefunden, dass, wenn man eine Kanüle anwendet, die 1 cm vor ihrem vorderen Ende im rechten Winkel abgebogen ist und diese von unten und hinten her in den frontonasalen Gang einführt, die meisten Hindernisse wegfallen, die einem sonst bei Versuchen, die Stirnhöhle zu sondiren, begegnen. Nur wenn sich die vorderen Siebbeinzellen zwischen Stirnhöhle und Infundibulum lagern, kann der Katheterismus verhindert sein. L. hat mit seiner Kanüle bei 7 Kranken die Diagnose auf Empyem des Sinus frontalis gestellt und hat das Leiden auf natürlichem Wege mit gutem Erfolge behandelt. Nach Einführung der Kanüle, die dadurch wesentlich erleichtert wird, dass bei den Kranken mit Empyem die Schleimhaut in der Umgebung des Orificium frontale meist viel weniger empfindlich ist, wurde die Höhle mit Carbollösung ausgewaschen, 1—3mal wöchentlich, und dann Jodoformglycerin oder Jodoformvaselin oder Ichthyolglycerin eingespritzt und so selbst in veralteten Fällen, wie die eine ausführlich mitgetheilte Krankengeschichte zeigt, Heilung herbeigeführt.

Rudolf Heymann (Leipzig).

107. **De l'influence exercée par la présence de végétations adénoïdes sur l'augmentation de volume des amygdales**; par le Dr. Guément. (Ann. de la policlin. de Bord. III. 4; Janv. 1894.)

G. theilt ausführlich die Krankengeschichten von 2 Kindern mit adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum mit, die das bekannte charakteristische Krankheitsbild sehr ausgeprägt zeigten. Bei beiden Kindern waren gleichzeitig die Gaumentonsillen stark vergrössert und bildeten sich, ohne dass an ihnen etwas gemacht wurde, nach Abtragung der adenoiden Vegetationen in kurzer Zeit zurück. G. räth daher in solchen Fällen, wo die Rachen- und Gaumentonsillen gleichzeitig vergrössert sind, zunächst nur die erstere zu operiren, die letzteren aber erst abzutragen, wenn sie sich danach nach einiger Zeit nicht von selbst zurückgebildet haben.

Rudolf Heymann (Leipzig).

108. **Ueber chronische Blennorrhöe der oberen Luftwege, sogen. Stoerck'sche Blennorrhöe, und ihre Beziehungen zum Scleroma respiratorium**; von Prof. Chr. Lemcke in Rostock. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 26. 1893.)

Ueber die Natur der Stoerck'schen Blennorrhöe gehen die Meinungen der Autoren zur Zeit noch sehr auseinander. L. theilt 2 Fälle seiner Beobachtung mit, die das typische Bild darboten: lange

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

bestehende, nicht sonderlich beachtete Nasen- und Rachenbeschwerden, zu denen später Stimmstörung und Athemnoth kamen, die in dem einen Falle durch zahlreiche linsen- bis kleinerbsengrosse Protuberanzen an der ganzen inneren Oberfläche des Kehlkopfes, in dem andern Falle durch Verdickung der Stimmbänder und Verwachsung derselben in ihrem vorderen Drittel, sowie durch trichterförmige Verengerung des subglottischen Kehlkopfabschnitts bedingt waren. In beiden Fällen war die Schleimhaut mit grünlichen, festhaftenden, übelriechenden Sekretmassen belegt. Von den Kranken stammte der eine aus Westpreussen, der andere aus Mecklenburg, sie liefern also, ebenso wie die schon früher von Köhler und von Semon beobachteten Fälle, den Beweis, dass die Krankheit nicht, wie Stoerck annimmt, ausschliesslich in Galizien, Polen, der Walachei und in Bessarabien vorkommt.

In dem einen der Fälle hat L. das Nasen- und Kehlkopfsekret bakteriologisch untersucht und dabei Rhinosklerombacillen in dem Sekret gefunden. Die Wucherungen selbst konnten nicht untersucht werden, weil die Kranke jeden operativen Eingriff verweigerte. Da aber bisher noch nie Rhinosklerombacillen in dem Sekret einer gesunden oder einer anderweitig erkrankten Schleimhaut der oberen Luftwege gefunden worden sind, wird man wohl annehmen dürfen, dass hier der Bacillus auch im Gewebe vorhanden war. Der Fall bildet also eine weitere Stütze für die Annahme, dass die Stoerck'sche Blennorrhöe und das Scleroma respiratorium dieselbe Krankheit ist.

Rudolf Heymann (Leipzig).

109. **Ueber Lipome der oberen Luftwege**; von Dr. A. Künne. (Inaug.-Diss. Würzburg 1893. Fromme.)

Im Eingange der Arbeit werden in Kürze Vorkommen, Wachsthum und Bau der Lipome im Allgemeinen besprochen. Bezüglich der Aetiologie nimmt K. eine bestimmte Stellung gegenüber den Erklärungen von Virchow, Cohnheim und Grosch nicht ein, sondern beschränkt sich darauf, sie kurz anzuführen. Nach einer Aufzählung und kurzen Charakterisirung der in der Literatur niedergelegten Fälle von Lipom der Nase (3 Fälle), der Mundhöhle (36 Fälle), des Pharynx (3 Fälle), des Kehlkopfs (7 Fälle) und der Bronchen (1 Fall) werden die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung zweier K. zur Verfügung gestellten Lipome des Kehlkopfs beschrieben und durch beigegebene Zeichnungen erläutert. Die Ergebnisse seiner Arbeit fasst K. in folgenden Worten zusammen: „Auf Grund der angeführten Fälle kommen wir zu der Ansicht, dass, wenn wir von den Lipomen der Mundhöhle absehen, von den verschiedenen Abtheilungen des Respirationstractus am Kehlkopf am häufigsten sich Lipome finden, und zwar in der grössten Mehrzahl beim männlichen Geschlecht. Auch wird unverkennbar ein Einfluss auf das Entstehen der Geschwülste durch das Alter ausgeübt, indem nur Erwachsene, ja theilweise Leute im höheren Alter davon betroffen werden. Die Prognose der Lipome ist an und für sich sehr günstig zu stellen, denn dieselben sind als durchaus gutartig zu bezeichnen. Sie kapseln sich ab und wachsen aus sich selbst heraus, ohne Metastasen und Recidive zu machen. Nur durch ihre Funktionstörungen können sie lästig, ja sogar gefährlich werden, doch werden diese durch eine im Allgemeinen leichte und gefahrlose Therapie vollständig beseitigt, ausgenommen bei den Lipomen des Larynx, deren Exstirpation, wie auch theilweise aus den angeführten Fällen zu ersehen ist, oft mit den grössten Schwierigkeiten verknüpft ist."

Richter (Altenburg).

110. **Beitrag zur Aetiologie und pathologischen Anatomie des Erythema multiforme und der Purpura**; von Finger. Mit 2 Tafeln. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXV. 5. p. 765. 1893.)

F. berichtet über einen Fall von Erythema multiforme, den er schon im Jahre 1892 veröffentlicht hat (vgl. Jahrbb. CCXXXVII. p. 243), sowie über eine Purpura des Stammes und der Extremitäten, die sich bei einem 46 Jahre alten Handarbeiter vorfand, bei dem die Sektion Fettherz, geringen akuten Milztumor und beiderseitige parenchymatöse Nephritis ergab. Die mikroskopische Untersuchung lehrte, dass es sich um eine entzündliche Hauterkrankung mit Hämorrhagien handelte, indem sich zahlreiche vielkernige Eiterkörperchen in den hämorrhagischen Herden, sowie am Rande derselben vorfanden; ausserdem fanden sich daselbst Kokken, welche ebenfalls in den Blutgefässen nachzuweisen waren, wie in dem 1. Falle.

Es sind demnach beide Fälle als Hautentzündungen metastatischer Natur zu betrachten, durch Einwanderung pathogener Bakterien mit dem Blut in die Blutgefässe der Haut entstanden.

In 6 Fällen von reiner Purpura, welche zu Endokarditis, Pneumonie, Diphtherie hinzugetreten war, liessen sich keine Mikroorganismen nachweisen.

Wermann (Dresden).

111. **Des déterminations bucco-pharyngo-laryngées dans l'erythème polymorphe**; par Mendel. (Arch. gén. de Méd. Août, Sept. 1893. p. 129. 285.)

Angeregt durch die Beobachtung von 2 Fällen von Erythema multiforme mit Betheiligung des Mundes und Halses hat M. 24 ähnliche Fälle aus der Literatur zusammengestellt. Es handelt sich dabei um eine gleichzeitige, dem Hautausschlag ganz entsprechende Erkrankung der Schleimhaut in Form von rothen Flecken, über denen das Epithel grau verfärbt erscheint und sich abstösst; einige Fälle von Purpura rheumatica schliesst M. mit ein. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Der Beginn der Schleimhauterkrankung fällt oft mit

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

dem Auftreten des Erythema multiforme auf der Haut zusammen, er kann aber auch vorangehen und die Schleimhauterkrankung kann eine Zeit lang allein bestehen; 2) die Form des Hautausschlags scheint keine Beziehung zu der Schleimhauterkrankung zu haben; ein papulöses Erythem kann z. B. mit Blasen- und Geschwürsbildung im Halse einhergehen.

13mal ging eine Halsentzündung 2 Tage bis 1 Monat dem Erythem voraus. Wahrscheinlich stellt eine gewöhnliche Angina die Eingangspforte dar für die Infektion, deren Ausdruck das Erythem ist. Tritt die Schleimhauterkrankung gleichzeitig mit dem Erythem der Haut oder später auf, so ist ihre Deutung schwieriger; sie zeigt aber alsdann einen so zu sagen ausgeprägten dermatologischen Charakter. Man findet auf der Schleimhaut Blasen, welche nach kurzem Bestande platzen und sich in Geschwüre umwandeln. In einem Falle von Erythema nodosum fanden sich auch im Kehlkopfe und in der Luftröhre knotenförmige Efflorescenzen; der Kranke erlag einem Erstickungsanfalle. Sonst war der Kehlkopf nur noch 2mal in Mitleidenschaft gezogen. Im grossen Ganzen besteht die Schleimhauterkrankung nur kurze Zeit; sie ist häufig sehr schmerzhaft. Die einzelnen Krankengeschichten sind im Original nachzulesen.

Wermann (Dresden).

112. **Ueber lymphatische Neubildungen der Haut**; von Paltauf. (Wien. klin. Wchnschr. V. 38. 39. 1892.)

P. berichtet über 3 Fälle von Mycosis fungoides, von denen der erste, schon von Kaposi veröffentlicht und der zweite in der Kaposi'schen Klinik, der dritte in der Klinik von Neumann beobachtet wurde.

1. Fall. Klassischer Typus der Mycosis fungoides, nach 13jähr. Bestehen zum Tode führend. Grosser ausgedehnt ulcerirender Tumor der rechten Brust, welcher bis auf die Muskulatur reichte. In den Lungen, auf dem Brust- und Bauchfell grauweisse Infiltrate, in den Nieren, der Leber und dem Mark des rechten Oberschenkels metastatische Knoten.

2. Fall. 73jähr. Mann, Tod in Folge eines Blasenleidens; 1½ J. vorher traten unter Jucken und Schuppung der Haut braune Infiltrate auf, später Knoten, die wieder verschwanden. Bei der *Sektion* fanden sich nur 2 Knoten neben zahlreichen pigmentirten Stellen.

3 Fall. 30jähr. Mann, bei dem sich zunächst rothe Flecke auf der Haut bildeten, die sich infiltrirten und dann zu Knoten wurden. Unter anhaltendem Fieber, zunehmender Anämie ging der Kranke nach ¾ J. schwer dyspnoisch zu Grunde. Die *Sektion* ergab neben zahlreichen Flecken und Geschwülsten der Haut Infiltrate der Mandeln, des Gaumens und Kehlkopfes, allgemeine Drüsenschwellung, interstitielle Infiltration der Leber und Hoden, Milztumor und graurothes Knochenmark.

Die histologische Untersuchung zeigte im Wesentlichen das von verschiedenen Seiten beschriebene zellreiche Gewebe, welches, aus Rundzellen und einem feinen Stroma bestehend, die Cutis bis in's subcutane Zellgewebe durchsetzt. Die Zellen haben alle Eigenschaften gewucherter Bindegewebezellen, glatte, vielgestaltete, längliche Protoplasmakörper mit Ausläufern, ovale, helle Kerne mit netzartig angeordneter Chromatinsubstanz. Sie bilden den grössten Theil der Zellmassen, zwischen denen allerdings rundlichere Zellen mit dunklem Kerne, namentlich da, wo der Zellreichthum sehr bedeutend ist, auftreten; allem Anscheine nach stammen aber auch diese Zellen vom Bindegewebe ab. Die Continuität der Cutis ist durchweg erhalten. Die Zellwucherungen beginnen um die Gefässe an der Basis der Papillen, um die Drüsen und Haarfollikel. An den atrophirenden Knoten schwinden die Infiltrate, ohne dass eine Spur von Narbenbildung zurückbleibt. Die inneren Organe zeigen eine gleiche Infiltration.

Nach dem geschilderten Befunde ist es nicht möglich, die Mycosis fungoides den aus chronischen Entzündungen entstehenden Granulationsgeschwülsten zuzuzählen, da alle Erscheinungen im Sinne Cohnheim's fehlen (insbesondere die Anhäufung vielkerniger Rundzellen in und um die Gefässe) und ferner keine nennenswerthe Gefässneubildung stattfindet, in Folge dessen auch keine Narbenbildung zu Stande kommt. Von den Sarkomen sind die Geschwülste der Mycosis fungoides ebenfalls zu trennen, da sie sich zurückbilden können und typisch im Verlauf einer Krankheit auftreten, auch fehlt ihnen das centrale Wachsthum; sie entwickeln sich diffus infiltrirend. Eine geringe Aehnlichkeit besteht dagegen mit manchen Formen des Lymphosarkoms und der Pseudoleukämie, welche Kundrat den „Vegetationsstörungen" zuzählt, da es wahrscheinlich ist, dass sie durch äussere Ursachen veranlasst werden. Hier möchte P. auch die Mycosis fungoides einreihen als eine Störung, welche nicht in direkter Abhängigkeit von der Ursache steht, ihre Entwickelung nicht allein einer speciellen Ursache, sondern einer abnormen Reaktion des Kranken, beruhend auf abnormer Vegetation, verdankt.

Die Lymphodermia Kaposi's ist ebenfalls der Mycosis fungoides zuzuzählen, da die Untersuchung P.'s nachwies, dass keine Leukämie dabei vorhanden war; der einzige Unterschied bestand darin, dass die Knoten und Infiltrate meist tiefer gelegen waren. Was die Leukämie und Pseudoleukämie anlangt, so kommt es erst in ihrem Verlauf zu krankhaften Veränderungen der Haut, nicht umgekehrt. Wermann (Dresden).

113. **Leucaemia cutis**; von Riehl. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 1. 1893.)

Eine 57jähr. Frau erkrankte im September 1889 mit einem heftig juckenden ekzemartigen Ausschlag über den ganzen Körper. Bei der Aufnahme in's Krankenhaus am 31. Mai 1890 fand sich eine beträchtliche Schwellung der Leber, Milz und der meisten Lymphdrüsen. Das Blut zeigte ein Verhältniss der weissen Blutkörperchen zu den rothen, wie 1:24—26. Die überall normal verschiebliche Haut war namentlich im Gesicht, am Hals und in der Leistengegend bedeutend verdickt, zum Theil trocken, leicht schuppend, zum Theil nässend. Unter Arsenbehandlung vorübergehende Besserung; schliesslich aber zunehmende Schwäche und Tod. Die *Sektion* ergab lymphatische Leukämie; an den Knochen nur geringe Veränderungen.

Der Fall unterscheidet sich von den in der Literatur bekannten durch die Ausbreitung der Krankheit auf die ganze Haut in diffuser Form bei Mangel eigentlicher Knotenbildung. In der Leber, Milz und den Nieren fan-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

den sich leukämische Infiltrate; die Lymphdrüsen waren hyperplastisch, die Kapsel und das umgebende Bindegewebe infiltrirt, und die Lymphbahnen voll von weissen Blutkörperchen. 2 Drüsen waren tuberkulös verkäst. Die Haut war besonders in dem mittleren Theile des Corium leukämisch infiltrirt; am Rande der Infiltration fanden sich neben den Rundzellen auch Spindelzellen; die grösseren Venen waren zum Theil von ringförmigen Infiltraten eingescheidet. An allen Stellen der Haut liess sich ein deutliches Oedem nachweisen.

Wermann (Dresden).

114. **Ueber multiple Myome der Haut**; von Wolters. Mit 1 Tafel. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. II. Erg.-Heft. p. 413. 1893.)

W. bereichert die Casuistik der seltenen Erkrankung (in der Literatur liegen 6 Fälle vor) um 2 weitere Fälle.

1) Ein 40jähr. kräftiger Makler erkrankte vor 14 J. mit derben rothgelben Knötchen von Stecknadelkopfgrösse, zuerst an den Ellenbogen, welche bis Linsengrösse heranwuchsen und durch Zusammenfliessen grössere Flächen bildeten. Später traten sie auch an den Knien und an den Hinterflächen der Oberschenkel auf. Zeitweise leichtes Jucken. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Hautstückchens ergab unter normaler Epidermis die Neubildung aus zahlreichen, mannigfach durchflochtenen glatten Muskelfasern bestehend und als deren Ursprung die Muskeln der Haarbälge, Drüsen und Gefässe.

2) Ein 20jähr. kräftiger Arbeiter, seit Anfang 1892 an Diabetes erkrankt, zeigte im Januar 1893 plötzlich an den Ellenbogen, einige Wochen später auch an den Knien kleine bis linsengrosse Knötchen, welche sich auf die Streckseiten der Glieder verbreiteten; an den Unterarmen griffen sie auch auf die Beugeseite über. Der mikroskopische Befund war derselbe wie in Fall 1. Im März 1893 traten neue Knötchen auf an den Beugeseiten der Glieder an Brust, Bauch und an den Glutäen; sie wurden gegen Druck empfindlich und juckten stark.

Wermann (Dresden).

115. **Zur Therapie des Lupus vulgaris**; von Veiel. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 39. 1893.)

V. bedient sich bei der Behandlung des Lupus des Pyrogallols, dessen elektive Wirkung Jarisch hervorhob. Zunächst wird das dem Auge und dem Gefühl zugängliche lupöse Gewebe durch Scarifikation, Auskratzung oder durch Aetzmittel zerstört, und hierauf eine 10proc. Pyrogallolsalbe aufgelegt. Der erste Verband bleibt 2 Tage liegen, von da ab wird täglich verbunden. Die umgebende gesunde Haut wird am besten durch ein Pflaster geschützt. Der am 4. oder 5. Tage besonders beim Verbandwechsel heftig auftretende Schmerz macht mitunter eine Morphiumeinspritzung nöthig. Es wird alsdann eine 2—1proc. Pyrogallolsalbe aufgelegt; diese zerstört noch das lupöse Gewebe, hindert aber nicht die Bildung gesunder Granulationen. Zum Schluss geht man auf 0.5—0.2proc. Pyrogallol zurück. Die Heilung erfolgt sehr langsam, aber mit weicher glatter Narbe. Wünscht man eine raschere Heilung, so kann man transplantiren. Der Urin muss während der ganzen Behandlung stetig beobachtet werden. Bei einem Mädchen mit Lupus der Conjunctiva wurde täglich eine 0.5proc. wässerige Pyrogallollösung mit gutem Erfolg eingeträufelt.

Wermann (Dresden).

116. **1) The surgical treatment of lupus**; by Bidwell. (Brit. med. Journ. Oct. 28. 1893. p. 938.)

2) The excision of lupus; by Colcott Fox. (Ibid. p. 939.)

1) B. berichtet über 4 Lupus-Kr., die er mit befriedigendem Erfolg mittels Excision der erkrankten Haut und Hautverpflanzung nach Thiersch behandelt hat.

1) Ein 19jähr. Mädchen, seit 6 J. an einem Lupus exulcerans erkrankt, an der Innenseite des linken Oberschenkels dicht über dem Knie in einer Ausdehnung von 3:4 Zoll. Operation am 20. October 1892. Die Kr. wurde geheilt entlassen am 10. November. Im Mai 1893 kein Recidiv, glatte geschmeidige Narbe.

2) 37jähr. Frau mit Lupus über der rechten Schulter von $6^1/_2 : 4^3/_4$ Zoll Grösse. Am 20. December Excision der gesammten Hautpartie mit dem Unterhautfettgewebe und Hautverpflanzung. Da einige Hautstückchen nicht anheilten, wurde am 7. Januar der Defekt durch neues Auflegen von Hautstückchen gedeckt und die Wunde heilte vollständig. In der letzten Zeit hat sich am unteren Rande ein leichtes Recidiv gezeigt, da die Excision an dieser Stelle nicht weit genug vom kranken Hautrande entfernt vorgenommen worden war.

3) 18jähr. Mädchen mit Lupus der linken Wange, von $1^1/_2$—$2^1/_2$ Zoll Ausdehnung seit 14 Jahren; sie war 6mal mit Auskratzung behandelt worden. Excision und Transplantation am 21. April 1893, Heilung in 10 Tagen.

4) 24jähr. Mädchen mit Lupus der linken Wange, 3:2 Zoll gross. Operation am 24. April, Heilung in 8 Tagen.

2) F. hält die Excision des Lupus für passend bei kleinen Erkrankungsherden, bei grösseren hingegen empfehlen sich die anderen bekannten Behandlungsmethoden, da die Narbenbildung günstiger sei als bei der Excision, selbst wenn diese mit Hautverpflanzung verbunden wurde.

Brooke hält die Excision nur dann für gerechtfertigt, wenn eine plastische Operation nöthig wird; er wendet ölsaures Quecksilber, Ichthyol und Salicylsäure in einer Zinkmehlpaste an, welche häufig die Erkrankung auf wenige Knötchen zurückführt, die sich alsdann leicht beseitigen lassen.

Stopford Taylor hat mit der Excision keine so günstigen Resultate erhalten als mit der Kauterisation. Man hat keine Sicherheit, alles kranke Gewebe entfernt zu haben. Er wäscht den Erkrankungsherd mit einer Lösung von Kali causticum, kratzt dann aus, umgrenzt mit dem Thermokautermesser den ganzen Herd und verschorft mit dem Kauterknopf; nach 1—5 Tagen löst sich der Schorf, die Granulationen werden durch Aetzung mit Höllenstein niedergehalten und mit Jodoformpoudre verbunden; etwaige wiederauftretende Knötchen werden mit dem Kauter zerstört.

Colcott Fox hält das Auskratzen nur für ein vorbereitendes Heilverfahren; in 90% der Fälle kamen Recidive vor; deshalb trägt er nach dem Auskratzen eine Chlorzinkpaste auf und beobachtet den Fall Monate und Jahre lang. Recidivirende Knötchen werden durch Chlorzink oder den Kauter zerstört; eventuell wird das erste Verfahren wiederholt, so oft es sich nöthig macht. Auf diese Weise gelingt es allmählich der Krankheit Herr zu werden und vorzügliche Resultate zu erzielen.

Wermann (Dresden).

117. **Ein Beitrag zur Frage der Incubationsdauer beim Tripper**; von Lanz. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. III. p. 481. 1893.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Nach der Finger'schen, 479 Fälle umfassenden Statistik beträgt die Incubationzeit des Trippers in der Mehrzahl der Fälle 3 Tage, in mehr als $^2/_3$ derselben tritt die Erkrankung in der 1. Woche auf; Incubationen von mehr als 14 Tagen sind eine grosse Seltenheit; die längste Dauer betrug 30 Tage. In 39 genau beobachteten Fällen fand L. das gleiche Verhalten, dagegen constatirte er in 2 ausführlich mitgetheilten Fällen eine Incubationszeit von 10 Wochen und 5 Wochen. Da sich alle möglichen Fehlerquellen einer ungenauen Beobachtung ausschliessen liessen und auch keine andere Infektionsquelle ausser dem Coitus zu entdecken war, so musste eine derartige ungewöhnlich lange Incubation in den 2 Fällen angenommen werden. Dass es sich um eine echte Urethritis gonorrhoica handelte, wurde durch den leicht zu erbringenden Befund von Gonokokken bewiesen.

Wermann (Dresden).

118. **Éruption généralisée et symmétrique de croûtes cornées, avec chute des ongles, d'origine blennorrhagique, coïncidant avec une polyarthrite de même nature. — Récidive à la suite d'une nouvelle blennorrhagie, deux ans après la guérison de la première maladie**; par Vidal. (Ann. de Dermatol. et de Syph. IV. 1. p. 3. 1893.)

Ein 24jähr. Buchbinder zog sich vor 6 Jahren einen Tripper und einen weichen Schanker zu, welche nach kurzer Zeit heilten. Ende Februar 1890 trat ein neuer akuter Tripper auf, zu welchem sich Anfang Mai heftige Schmerzen und Schwellung im rechten und später auch im linken Knie, sowie im rechten Schulter- und linken Interphalangealgelenk des rechten Mittelfingers gesellten. Im April war bereits zuerst am Knie ein Hautausschlag aufgetreten, welcher, in gelblich braunen fest adhärenten Krusten bestehend, symmetrisch die Extremitäten, namentlich Handteller und Fusssohlen, sowie den Stamm und Gesicht ergriffen hatte; an den Fingern ist die ganze Spitze von Krusten umgeben, welche die Nägel abheben; auf Druck entleert sich etwas Eiter; am Rande findet sich eine rothe Linie. Am rechten Knie bilden die Krusten grosse Plaques von 1—3 cm Höhe. Unter den Krusten zeigte sich eine kleine trockene oder wenig feuchte Papel. Geringe Drüsenschwellung.

Eine antisyphilitische Behandlung blieb ohne Erfolg. Nachdem die Arthritis noch neue Gelenke befallen hatte, besserte sich Ende Juli der Zustand. Im October waren sämmtliche Krusten verschwunden und die Nägel begannen wiederum zu wachsen. Im Januar verliess der Pat. geheilt das Hospital.

2 Jahre später neuer Tripper mit Erkrankung derselben Gelenke und Auftreten derselben Hautaffektion. Dieser Umstand beweist einen direkten Zusammenhang der Hauterkrankung mit dem Tripper, und man muss daher den bis jetzt bekannten im Gefolge der Gonorrhöe auftretenden erythematösen, vesikulösen und bullösen Hautaffektionen eine generalisirte symmetrisch auftretende und mit Verlust der Nägel verbundene Krusteneruption hinzufügen. Wermann (Dresden).

119. **Ueber die Wirkung des Alumnol auf die Gonorrhöe und einige andere Erkrankungen des Tractus urogenitalis**; von Casper. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 13. 1893.)

Gegenüber den von Chotzen mitgetheilten, erstaunlich günstigen Resultaten der Behandlung gewisser Harn- und Geschlechtskrankheiten mit Alumnol kommt C. nach Anwendung des Mittels bei 12 akuten, 20 chronischen Gonorrhöen, 4 Fällen von Epididymitis, 2 Adenitiden nach Gonorrhöe und 2 Fällen von Ulcus molle zu dem Schluss, dass das Alumnol bei der akuten Gonorrhöe keinen Vorzug gegenüber den gebräuchlichen Heilmitteln hat, bei der chronischen Gonorrhöe dem Argentum nitricum aber nachsteht. Die Epididymitis erfuhr keine schnellere Resorption unter dem Alumnolguttaperchapflaster und Injektionen von Alumnol zeigten auf die Drüsenschwellungen gar keine Einwirkung. Die Ulcera mollia dagegen kamen unter reinem Alumnol, später unter Alumnol, Amylum ana schnell zur Heilung. Wermann (Dresden).

120. **Ist das Alumnol ein Specificum gegen Gonorrhöe?** von Samter. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 13. 1893.)

S. konnte ebenfalls wie Casper die günstigen Erfahrungen Chotzen's, bez. des Alumnols bei der Behandlung der akuten Gonorrhöe nicht bestätigen. In 12 auf diese Weise behandelten Fällen zeigte sich jedenfalls das Mittel den übrigen Heilmitteln nicht überlegen. Wermann (Dresden).

121. **De la valeur du traitement abortif des bubons par la méthode de Welander**; par Brousse et Bothezat. (Ann. de Dermatol. et Syph. IV. 4. p. 347. 1893.)

Br. u. B. wandten das Verfahren von Welander (Injektion einer 1proc. Lösung von benzoësaurem Quecksilber) in 10 ausgewählten Fällen an, von denen nur in zweien die Eiterung drohte, während in den anderen nur geringe Entzündung bestand.

Ein günstiger Erfolg trat nur in einem Falle ein, während es in den anderen zur Eiterung und zum Schnitt kam; die Einspritzung brachte eine starke örtliche und allgemeine Reaktion hervor. Auf die Heildauer der vereiterten Bubonen hatte das Verfahren keinen günstigen Einfluss. Br. und B. nehmen an, dass durch den Stich der Nadel den im Bubo enthaltenen Mikroben ein Weg in's Blut eröffnet wird und dadurch die heftige Reaktion zu erklären ist. [Die Beobachtungen stehen nicht im Einklang mit den von Spietschka veröffentlichten Erfolgen (vgl. Jahrbb. CCXXXIX. p. 150)].

Wermann (Dresden).

122. **Dr. Welander's Wärmebehandlung des weichen Schankers**; von Lorand. (Wien. med. Wchnschr. XLIII. 40. 1893.)

Nach Boeck u. Aubert verliert das Schankergift bei höherer Temperatur seine Infektiosität. Welander liess, um diese Erfahrung bei der Behandlung des weichen Schankers zu verwerthen, nach Abtragung der überstehenden Ränder die Geschwüre mit kleinen in warmes Wasser getauchten Baumwollläppchen und einer Lage feuchter Watte bedecken und darüber in mehreren Windungen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

eine Bleiröhre legen, in welcher heisses Wasser von 41° C. strömte. Schon in 2 Tagen reinigten sich die Geschwüre, so dass die Kranken in ihrem Hause mit Dermatol weiter behandelt werden konnten. Durch dieses Verfahren soll auch das Entstehen eines Bubo verhindert werden können.
Wermann (Dresden).

123. **Chancres mous de la verge, du scrotum de l'anus et de la face**; par le Dr. de Coquet. (Ann. de la Policlin. de Bord. II. 14. 1893.)

de C. beschreibt einen seltenen Fall von multiplem Auftreten weicher Schankergeschwüre an verschiedenen Stellen des Körpers.

Ein 28jähr. Mann zeigte einen grossen primären weichen Schanker der Glans penis, daneben 7 Geschwüre am Schafte des Gliedes, weitere 6—8 auf der Haut des Scrotum. Weitere Geschwüre gleichen Charakters fanden sich rechts vom After, auf der rechten Stirnseite und 8 kleinere auf der behaarten Kopfhaut. Diese sämmtlichen Geschwüre hält de C. nach ihrem Aussehen für Schanker-Geschwüre, entstanden durch Autoinfektion vom primären Geschwüre an der Glans. Ueberimpfungen von den Geschwüren am Kopfe auf den Vorderarm blieben ohne Erfolg!
Goldschmidt (Nürnberg).

124. **Giebt es eine idiopathische Nebenhoden- und Hodenentzündung?** von Elsenberg. (Wien. med. Presse XXXIV. 31. 32. 1893.)

E. führt 3 Fälle von Hoden- und Nebenhodenentzündung an, in denen sich Gonorrhöe, Syphilis, Tuberkulose, sowie eine Infektionskrankheit ausschliessen liessen. Die Anschwellung war akut, ohne Fieber, mit geringer Schmerzempfindung aufgetreten und dauerte 2—5 Wochen; bei einem Pat. hinterblieb ein haselnussgrosser Knoten im Nebenhoden. Aehnliche Fälle beobachtete E. im Prodromalstadium von Masern und nach Influenza.

Wenngleich gegenwärtig die Erkrankung in den 3 erwähnten Fällen als idiopathisch betrachtet werden muss, vermuthet E. eine Ursache allgemeiner infektiöser Natur.
Wermann (Dresden).

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

125. **Ueber Vaginofixatio uteri**; von Dr. G. v. Knorre, Assistenzarzt an d. Univ.-Frauenklinik zu Dorpat. (Petersb. med. Wchnschr. XVIII. 44. 1893 u. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XVII. 51. 1893.)

Von August 1892 bis April 1893 wurden in der Dorpater Frauenklinik im Ganzen 29 Vaginofixationen, und zwar nach der Methode von Mackenrodt, ausgeführt. 24 Fälle sind lange genug beobachtet, um ein Urtheil über den definitiven Erfolg abgeben zu können; in 15 Fällen hiervon lag der Uterus meist binnen kurzer Zeit wieder retroflektirt und nur in 9 Fällen blieb die Lagecorrektur dauernd.

Obwohl die von v. K. und Anderen erzielten Resultate nicht zu Gunsten der Operation sprechen, will v. K. die Mackenrodt'sche Operation doch nicht völlig verwerfen, da durch sie im Vergleich mit anderen Methoden noch am ehesten eine natürliche Stellung der Gebärmutter erzielt werden kann. v. K. kommt zur nachfolgenden Formulirung der Indikationen für die Vornahme der Mackenrodt'schen Operation: „Indicirt *ist* die Operation bei allen Fällen von mobiler Retroflexion, die durch ein Pessar nicht in normaler Lage zu erhalten sind." „Indicirt *wäre* dieselbe bei allen Fällen von mobiler Retroflexion, welche mit Dammdefekten, Lacerationsektropien, Cervixrissen u. s. w. combinirt sind, wo also der Pessartherapie die Behandlung jener Complikationen vorausgehen müsste." „Indicirt *wäre* das Mackenrodt'sche Verfahren in allen Fällen von mobiler Retroflexion, wo das Pessar dauernd getragen werden muss." „Contraindicirt ist dasselbe bei allen frischen Fällen von mobiler Retroflexion, wo man binnen Kurzem von einer Pessartherapie Heilung erwarten kann, ferner bei allen fixirten Retroflexionen und schliesslich bei Uterusprolapsen." Arth. Hoffmann (Darmstadt).

126. **Zur operativen Behandlung der Retrodeviation des Uterus von der Bauchhöhle aus**; von Prof. Richard Frommel in Erlangen. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 2. p. 291. 1893.)

Das von Fr. früher eingeschlagene Verfahren besteht in Folgendem: Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird der Uterus in antevertirte Lage gebracht; alsdann werden nach einander beide Ligg. rectouterina mit je 1—2 Seidensuturen in der Gegend ihres Abgangs vom Uterus gefasst und an die seitliche Beckenwand ungefähr in der Höhe des Beckeneingangs angenäht.

Von 7 auf diese Weise operirten Frauen ist eine dauernde Heilung nur bei einer erzielt worden, während in 5 Fällen der Uterus nach kürzerer oder längerer Zeit wieder retroflektirt gefunden wurde. Dieser Misserfolg gab Fr. Veranlassung, zur Ventrofixation nach Leopold überzugehen, und er berichtet über 2 derartige Operationen. Im einen Fall trat sehr bald nach der Operation Gravidität ein; die andere Pat. starb 12 Tage nach der Operation an einer Lungenembolie und bei der Sektion zeigte es sich, dass schon in dieser ausserordentlich kurzen Zeit eine äusserst feste Verwachsung des Uterus mit der vorderen Bauchwand zu Stande gekommen war.
Arth. Hoffmann (Darmstadt).

127. **Zur Frage der Therapie der Gebärmutterretroflexionen**; von Dr. Tipjakoff. Aus dem Stadtkrankenhause in Saratow. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 42. 1893.)

Das Einnähen des Fundus uteri in die Bauchwunde nach vorhergegangener Laparotomie hat F. in 3 Fällen von Retroflexio mit gutem Erfolg ausgeführt; die bestehenden festen Verwachsungen wurden mit den Fingern und dem Thermokauter

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

durchtrennt. Nachgiebige Adhäsionen löst T., wenn das Cavum Douglasii nicht mit Entzündungsresiduen gefüllt ist, von dem hinteren Scheidengewölbe aus; nach Eröffnung desselben dringen die Finger der rechten Hand durch die Einschnittwunde ein und lösen die Adhäsionen stumpf, gleichzeitig wird der Uterus bimanuell richtig gelagert. T. ist mit den mit dieser Methode in 10 Fällen erzielten Erfolgen sehr zufrieden; Blutungen wurden in keinem Falle beobachtet.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

128. **Ein Fall von Myom der weiblichen Urethra**; von Dr. Büttner. Aus der Marburger Frauenklinik. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 136. 1894.)

40jähr. Frau, seit 9 Jahren steril verheirathet, hatte seit 1 Jahr Druck in der Harnröhrengegend und seit 4 Wochen eine aus der Harnröhrenmündung hervortretende Geschwulst bemerkt, seit kurzem Incontinentia. Die Untersuchung der äusseren Genitalien ergab einen reichlich hühnereigrossen, äusserlich ulcerirenden, schmutzig verfärbten, walzenförmigen Tumor, der unmittelbar über der zu einem 4—5 cm breiten, halbmondförmigen Spalte auseinandergezerrten Harnröhrenöffnung entsprang. Bei der von Prof. Ahlfeld vorgenommenen Exstirpation des Tumor wurde rings um den Stiel des Tumor die faserige Kapsel oberflächlich umschnitten, worauf sich der Tumor ähnlich wie ein Uterusfibromyom leicht ausschälen liess. 9 Tage nach der Operation wurde die Kr. ohne Urinbeschwerden entlassen.

Die mikroskopische Untersuchung des in der Form einem Champagnerpfropfen mit konisch auslaufendem unteren Ende gleichenden Tumor ergab, dass es sich um ein typisches, reines Myom handelte. Der Ursprung der Geschwulst war an einen hinter dem Orificium urethrae externum gelegenen Punkt der vorderen Harnröhrenwand zu verlegen, etwa 1 cm centralwärts vom Urethrarande.

B. bemerkt zum Schluss, dass seines Wissens ein reines Myom der weiblichen Urethra bisher noch nicht beschrieben sei.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

129. **Ueber submucöse Myome**; von Dr. M. Treymann in Riga. (Petersb. med. Wchnschr. XIX. 2. 1894.)

T. theilt 8 hierhergehörige eigene Beobachtungen mit; es handelte sich um 2 fibröse Uruspolypen, um 2 gestielte und 3 breitbasige Cervixmyome und um 1 submucöses Uterusmyom. Bei der Behandlung hat T. ausser der einfachen Abdrehung und Durchschneidung des Polypenstiels 1 mal die Ligatur angewandt, sich 2 mal des Forceps bedient, 1 Reposition des chronisch invertirten Uterus gemacht und schliesslich die Enucleation, Exstirpatio uteri totalis und die Laparo-Myomotomie ausgeführt. Keine von den 8 Pat. ist gestorben. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

130. **Bericht über achtzig weitere wegen Tumoren am weiblichen Genitale ausgeführten Laparotomien**; von Dr. Em. Finotti. (Wien. med. Presse XXXIV. 41—47. 1893.)

Von den 80 im Bericht mitgetheilten Laparotomien (Nicoladoni'sche Klinik in Innsbruck) waren 40 wegen Erkrankungen der Ovarien, 36 wegen Erkrankungen des Uterus, 4 wegen anderer Störungen am Genitalapparate ausgeführt. Unter den 40 Ovarienerkrankungen waren 17 Cystome (einmal waren beide Ovarien erkrankt), 17 einfache Cysten, 2 Carcinome, 2 Sarkome, 2 Dermoide. Unter den Uteruserkrankungen waren 35 Myome, 1 Sarkom. Die Behandlung des Stieles bei der Myomotomie war gewöhnlich die extraperitonäale. In einem Fall wurde der Stiel nach Etagennaht versenkt; in 3 anderen Fällen gelang es, die subserösen Myome von der Uteruswand auszuschälen. Die 4 übrigen Laparotomien waren 1 Castration wegen Hysterie, 1 fötale Inclusion im Netz, 1 interligamentöse und 1 retroperitonäale Cyste. Mit den 50 früheren von Nicoladoni veröffentlichten Laparotomien verfügt die Klinik über 130 Bauchschnitte, und zwar 71 wegen Ovarienerkrankungen mit 9 Todesfällen 12.6 %, 55 wegen Uruserkrankungen mit 11 Todesfällen 18.1%, 4 wegen anderer Genitalkrankheiten ohne Todesfall.

E. Ullmann (Wien).

131. **Cases of tuberculous disease of the uterine appendages and peritoneum**; by Alban Doran, London. (Brit. med. Journ. Oct. 21. p. 887. 1893.)

D. berichtet über 4 Operationen. Zweimal handelte es sich um eine tuberkulöse Erkrankung beider Eierstöcke und Eileiter. Nach der Entfernung genasen beide Kranke, welche mehrere Jahre leidend gewesen waren. Im 3. Fall fand D. bei einem 16jähr. Mädchen eine fluktuirende Geschwulst in der unteren Bauchhälfte. Bei dem Einschnitt stiess er auf eine dicke gelbliche Schwarte unter dem Bauchfell. Er hielt die Erkrankung für ein Eierstockssarkom und schloss die Bauchhöhle. 3 Jahre später starb die Kranke an Lungenschwindsucht. Bei der Leicheneröffnung ergab sich Tuberkulose der Anhänge und tuberkulöse Bauchfellentzündung. Die dicke Schwarte war nicht mehr zu sehen.

Im letzten Falle handelte es sich um eine 21jähr. Kranke mit einer bis zum Nabel reichenden Geschwulst und einer Entzündung des linken Knies. Der Bauchschnitt ergab eine tuberkulöse Erkrankung des Bauchfells und der Därme, sowie der Beckeneingeweide. D. schloss die Bauchhöhle nicht ganz, sondern drainirte. Er warnt jedoch vor diesem Verfahren, da eine Fistel zurückblieb, in anderen Fällen sich im Anschluss an die Drainage sogar Kothfisteln bildeten. Das Allgemeinbefinden der Kranken hat sich gebessert, es ist jetzt, nach 2 Jahren, kein Anzeichen eines Fortschreitens der Erkrankung vorhanden. Präger (Chemnitz).

132. **Ueber die operative Behandlung der perforirten Pyosalpinx**; von Dr. R. de Seigneux aus Genf. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXIII. 18. p. 619. 1893.)

S. theilt den nachfolgenden Fall mit, in welchem Leopold die vaginale Exstirpation des Uterus wegen perforirter Pyosalpinx vorgenommen hat.

26jähr. Frau, seit 3 Jahren steril verheirathet. Bei der am 30. Dec. 1892 erfolgten Aufnahme in die Königl. Frauenklinik in Dresden wurde eine linksseitige Pyosalpinx mit Durchbruch in's Rectum und fester Verlöthung mit dem Uterus und der ganzen Umgebung festgestellt. Vom Rectum aus gelangte der untersuchende Finger durch die Peforationsöffnung direkt in den Tumor, aus

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

dem sich höchst übelriechender Eiter entleerte. Die Kr. fieberte unregelmässig und war sehr von Kräften gekommen. Am 24. Jan. 1893 Operation: Nach vaginaler Exstirpation des Uterus Incision der Geschwulst und Entleerung einer grossen Menge äusserst übelriechenden Eiters. Der Versuch, den Tumor vom Mastdarm und der sonstigen Umgebung loszuschälen, misslang wegen dessen grosser Brüchigkeit; deshalb Nahtvereinigung der Schnittränder mit der Scheidenwunde, Einnähung eines Glasdrains, Einlegen von Jodoformgazestreifen. Vom 6. Tag an Fieberabfall, am 37. Tag Entlassung der Kranken in wesentlich gebessertem Kräftezustand. Eiter war nie mehr durch das Rectum abgegangen, im Grund der Vagina glatte lineäre Narbe.

S. hält es für sicher, dass die vaginale Hysterektomie der natürlichere und ungefährlichere Eingriff ist, der auch bei sehr entkräfteten und elenden Kranken, sowie selbst bei grossen doppelseitigen Eitersäcken noch vorgenommen werden kann; diese Operation wird von den Kr. weit besser vertragen als die Laparotomie.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

133. **Zur Casuistik der überzähligen Harnleiter**; von Dr. E. G. Orthmann in Düsseldorf. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XVIII. 7. 1893.)

Die hühnereigrosse Vorwölbung der vorderen Vaginalwand eines 27jähr. Mädchens erwies sich bei der Operation als kolbig geschwollenes Ende eines dritten blind endenden Harnleiters. Eine Sonde liess sich durch diesen bis zur Niere aufwärts schieben und die mikroskopische Untersuchung bestätigte den Befund. Ausschälung des Tumor und Abbinden des Harnleiters liessen die bisherigen Beschwerden (Vorfallsgefühle) verschwinden.

Brosin (Dresden).

134. **Der Fimbrienstrom und die Ueberwanderung des Eies vom Ovarium zur Tube**; von Karl Heil in Heidelberg. (Arch. f. Gynäkol. XLIII. 3. p. 503. 1893.)

Man nimmt gegenwärtig ziemlich allgemein an, dass die Strömung, welche von den Flimmerzellen der Tubenfimbrien in der auf dem Peritonaeum vorhandenen serösen Flüssigkeitschicht erregt wird, stark genug sei, das aus dem Ovarium ausgetretene Ei in die Tube hinüber zu befördern. Kehrer und Pinner prüften diese Annahme durch das Experiment. Ersterer kam zu dem Schlusse, dass die Flimmercilien der Fimbrien keine anziehende Distanzwirkung auf das Ovulum zu üben vermögen. Letzterer dagegen glaubt das Vorhandensein eines beständigen Lymphstromes, der von der nächsten Umgebung der Tuben, der Ovarien und des Uterus ausgeht und sich in die Mündung des Trichters ergiesst, nachgewiesen zu haben. In der Versuchsanordnung Beider sind einige Fehlerquellen zu Tage getreten. Auf Anregung Kehrer's nahm H. die experimentelle Untersuchung der Frage von Neuem in Angriff. Es würde zu weit führen, hier den Versuchen im Einzelnen zu folgen. Erwähnt sei nur, dass die Beobachtungen an Tuben von Kaninchen ausgeführt wurden, die noch im Zusammenhang mit dem Körper standen. Die Wirkung der Flimmercilien wurde an Tusche, Carmin u. s. w., schliesslich auch an Schweine- und Kaninchenovulis erprobt. Als Resultat ergab es sich, dass noch keine einwurfsfreie Erklärung von dem Vorgange der Ueberwanderung des Eies vom Ovarium zur Tube zu erbringen ist, insbesondere aber, dass an der Hypothese von der Wirksamkeit des Fimbrienstromes, zumal von einer Fernwirkung desselben, nicht in dem bisherigen Umfange festgehalten werden darf. Nur so viel müssen wir als erwiesen annehmen, dass in denjenigen Fällen, in denen der Fransentrichter der Stelle des platzenden Graaf'schen Follikels anliegt oder sie umfasst, das Ovulum von den Flimmercilien weiter befördert wird. In den Fällen aber, in denen das Ei direkt in die Bauchhöhle gelangt, dürfte es entweder regelmässig zu Grunde gehen oder es kommt zufällig nach der Tube, wenn es in der serösen Flüssigkeitschicht zwischen den Intestinis durch die Einwirkung der Peristaltik oder der capillären Attraktion gerade in dieser Richtung bewegt wird.

Brosin (Dresden).

135. **Ueber Placenta membranacea und ihre Beziehungen zur Placenta praevia**; von Dr. Otto v. Weiss. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 51. 1893.)

v. W. theilt aus der G. Braun'schen Klinik 5 Fälle mit, in welchen das Zusammentreffen von grosser Flächenausdehnung der Placentaanlage und Placenta praevia beobachtet wurde. v. W. kommt zu dem Schlusse, dass es zum Zustandekommen der Placenta praevia lateralis nicht unbedingt einer primären tiefen Insertion des Kuchens bedarf; es kommen, und wahrscheinlich nicht so selten, nach v. W. Fälle vor, in denen der ursprünglich ziemlich normal inserirte Kuchen durch seine ungewöhnliche Grösse oder abnorme Wachsthumsrichtung auch in das untere Uterinsegment, d. h. in die Zone passiver Dehnung, hinabreicht und hierdurch den Befund einer Placenta praevia lateralis bietet. Wesentlich anders liegen die Verhältnisse bei Placenta praevia centralis, da hier die Entwickelung des Mutterkuchens entweder völlig ringförmig oder gürtelförmig im unteren Uterinabschnitt zu Stande kommt und auch zu Stande kommen muss.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

136. **Complikation von Uterusruptur und Cervikalriss**; von Prof. Kaltenbach. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 43. 1893.)

K. fasst die wichtigsten Gesichtspunkte seiner Auseinandersetzungen im Folgenden zusammen: „Neben den eigentlichen Gebärmutterzerreissungen und den tiefen Cervikalrissen giebt es Combinationen beider Verletzungsformen. Dieselben entstehen, wenn einerseits Ursachen für eine Ueberdehnung des Collum vorhanden sind (Hydrocephalus, enges Becken, Querlage) und andererseits die Frucht rasch durch einen narbig veränderten Muttermundsring hindurchgezogen wird. Die Zerreissung der Gebärmutter ist meist eine unvollständige, es

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

werden aber die Platten des Lig. latum weithin eröffnet. Der complicirende Cervikalriss setzt sich oft tief in die Scheide hinein fort (alte Narben). In solchen Fällen ist vor Allem durch bimanuelle Untersuchung die Ausdehnung der Verletzung festzustellen. Ist solches geschehen, so vernäht man bei incompleten Rupturen den blutenden Cervikalriss und seine etwaige Fortsetzung auf die Vagina von der Scheide aus und legt dann einen abdominalen Druckverband an. Bei vollständiger Zerreissung der Gebärmutter kann wohl nur durch Freilegung und Umstechung des blutenden Gefässes von der Bauchseite aus der unmittelbar drohende Verblutungstod abgewendet werden."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

137. **Eine Geburt bei Spaltbecken mit Blasenektopie**; von Dr. Th. Klein in Heidelberg. (Arch. f. Gynäkol. XLIII. 3. p. 549. 1893.)

Die 29jähr., mit dem oben genannten Leiden behaftete Frau wurde einige Stunden nach Beginn der Wehen in die Heidelberger Frauenklinik eingeliefert. Die Untersuchung ergab neben normaler Schädellage das Vorhandensein folgender Missbildungen. Die Rückwand der Blase lag mit sichtbaren Uretermündungen in einer Breite von 5 und einer Höhe von 3.5 cm in der Schoossgegend frei zu Tage. Unterhalb derselben stellte eine 5 cm breite, 1 cm lange flache Schleimhautfläche die hintere Urethrawand dar. An der Grenze beider bildete die Blase eine Querrinne, in der Urin stagnirte. Auf die Urethrawand folgte nach unten der enge Introitus, durch den man in die normale Vagina gelangte. Zu beiden Seiten der Blase waren die inneren Ränder der Schoossbeine zu fühlen; sie standen an der oberen Kante 10, an der unteren 9.5 cm auseinander. Ein Nabel war nicht vorhanden. Die Geburt verlief ohne besondere Störungen, nur waren tiefe seitliche Incisionen des Introitus erforderlich. Die Literatur kannte bisher nur 6 Fälle von Geburt bei dieser Missbildung, über die K. kurz berichtet.

Brosin (Dresden).

138. **Dystokie in Folge übermässiger Ausdehnung der fötalen Harnblase**; von Heinrich Walther. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 2. p. 333. 1893.)

Frauenklinik zu Giessen: 35jähr. Zweitgebärende. 1. unvollkommene Fusslage. Da bei kräftigen Wehen und gut erweiterten Weichtheilen die Geburt keinen Fortschritt machte, wurde die Extraktion der in beginnender Maceration befindlichen Frucht am Fusse versucht, wobei letzterer abzureissen drohte. Da auch nach Herabtreten des anderen Fusses die Geburt nicht erfolgte, ging W. in Narkose mit der Hand in den Uterus ein, wobei die Haut des straff gespannten kindlichen Abdomens in der Gegend des Petit'schen Dreiecks platzte und sich eine beträchtliche Menge hellgelblicher, bernsteinfarbener Flüssigkeit entleerte. Hierdurch war das Geburtshinderniss beseitigt und die Extraktion gelang nunmehr leicht. Glatter Wochenbettsverlauf.

Der pathologisch-anatomische Befund wird von W. etwa folgendermaassen zusammengefasst: Feucht macerirte weibliche Leiche, dem Beginn des 9. Schwangerschaftsmonats entsprechend. Abnorme Ausdehnung des Abdomen durch Ascites (während der Operation abgeflossen), sowie durch starke Dilatation der Blase mit consekutiver excentrischer Hypertrophie ihrer Wandung. Atelektase beider Lungen, abgelaufene Perikarditis, Vergrösserung der Leber und der Niere, beginnende cystöse Entartung der linken Niere, Erweiterung beider Ureteren. Mangel einer Anusanlage, Mangel des Rectum, Communikation des Darms mit der Blase, unvollkommene Atresie der Urethra, bez. abnorme Enge der Urethra, besonders ihres mittleren Theils mit consekutiver Dilatation der Blase. Mangelhafte Entwickelung der äusseren wie inneren Genitalien. Abgelaufene allgemeine Peritonitis mit ihren Folgeerscheinungen; Verklebungen der Bauchorgane, Ascitesbildung. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

139. **Weitere Beiträge zur Lehre von der Wendung auf einen Fuss**; von W. Nagel in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. XLIV. 1. p. 1. 1893.)

Nach einer kurzen Kritik der auseinandergehenden Ansichten älterer Autoren kommt N. zu dem Schlusse, dass es, um die Umdrehung des Kindes in utero zu vollziehen, gleichgültig ist, welchen Fuss man ergreift. Beabsichtigt man, dass das heruntergeholte und ausgestreckte Bein unmittelbar nach vollzogener Wendung vorn, d. h. hinter der Symphyse, liegen soll, so wird man in der Mehrzahl der Fälle dies Ziel erreichen, wenn man bei dorso-anterioren Lagen das untere, bei dorsoposterioren das obere Bein herunterholt. Steht allerdings bei dorsoanterioren Lagen der Steiss hoch, so gelangt auch so das angezogene untere Bein häufig zunächst nach hinten. Ebenso kann bei dorso-posterioren Lagen, wenn der Steiss tief steht, das ergriffene obere Bein beim Anziehen einfach seitlich heruntergleiten und nach hinten gelangen.

Hat man durch die Wendung eine unvollkommene Fusslage mit ausgestrecktem hinteren Bein hergestellt, so wird letzteres sich in der Weise nach vorn drehen, dass der Rücken des Kindes am Promontorium vorbeigleitet. Unter 30 Fällen von unvollkommener Fusslage mit ausgestrecktem hinteren Beine sah N. die Drehung des Rückens am Promontorium vorüber kein einziges Mal ausbleiben. Diese Ueberdrehung ist dadurch zu erklären, dass durch den Druck der Wehen der vorangehende Theil (hier das ausgestreckte Bein mit der entsprechenden Steisshälfte) dahin bewegt wird, wo das Becken am meisten Raum und folglich den geringsten Widerstand bietet, nämlich in die Kreuzbeinhöhlung. Gleichzeitig mit der Drehung tritt die vorangehende, hinten gelegene Steisshälfte tiefer; durch den Widerstand, welchen das hochgeschlagene Bein jetzt an der vorderen Beckenwand findet, wird es nun seinerseits in die Kreuzbeinhöhlung hineingezwungen. Das ausgestreckte hinten gelegene Bein rotirt in Folge dessen so weit nach vorn, bis der grösste Durchmesser des Steisses in dem geraden Durchmesser des Beckenausganges verläuft. Sieht man sich bei einer Fusslage mit ausgestrecktem hinteren Beine genöthigt, die Geburt des Kindes zu beschleunigen, so muss man die Drehung des kindlichen Rumpfes um seine Längsachse in obigem Sinne begünstigen.

Brosin (Dresden).

140. **Ueber Symphyseotomie.**

1) *Zur Symphyseotomiefrage;* von Dr. Richard Braun von Fernwald. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 35—37. 1893.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

2) *Symphyseotomy in North and South America with remarks, upon its growth in Europe;* by Rob. P. Harris, Philadelphia. (Med. News LXIII. Aug. 5. 1893.)

3) *Symphysiotomy;* by Barton Cooke Hirst, Philadelphia. (Med. News LXIII. 23; Dec. 2. 1893.)

4) *A symphyseotomy; the troughbed a simple device to keep the joint-surfaces in apposition; the relations of the peritonaeum to the joint;* by Rob. L. Dickinson, New York. (New York med. Record XLIV. 22; Nov. 25. 1893.)

5) *Report of a case of symphyseotomy;* by J. S. Brown-Montclair. (New York med. Record XLIV. 19; Nov. 4. 1893.)

6) *A case of symphysiotomy;* by Arthur H. N. Lewers, London. (Lancet II. 6; Aug. 5. 1893.)

7) *Symphyséotomie;* par Draghiesco. (Roumanie méd. I. 6; Sept. 1893.)

8) *Ein Fall von Symphyseotomie an einer IIpara, 4½ Jahre nach conservativem Kaiserschnitt;* von Dr. E. Regnier in Wien. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XVII. 6. 1893.)

9) *Réflexions sur le mécanisme de la progression de la tête foetale dans les bassins rétrécis, après la symphyséotomie;* par V. Cocq, Bruxelles. (Journ. de Méd. de Chir. et de Pharm. LI. 33. 1893.)

In der G. Braun'schen Klinik wurde die Symphyseotomie vom März 1893 an an 10 Frauen ausgeführt, 3 starben. In 5 Fällen hat R. Braun (1) die Operation vorgenommen, hiervon starb eine Frau unmittelbar an Perforation eines Ulcus ventriculi, gleichzeitig bestand jedoch eine ausgebreitete Beckenphlegmone und 2 weitere Frauen erlagen den Folgen der Infektion des Beckenzellgewebes. In keinem Fall wurde Urethra oder Blase verletzt; die Durchtrennung der Symphyse erfolgte immer erst nach Ablösung der Blase und der Weichtheile vom unteren Symphysenrand. Das Lig. arcuatum wurde in allen Fällen primär durchtrennt und die Geburt stets operativ beendigt. Bei stark vorspringendem Promontorium und noch beweglichem Schädel ist nach Br. die Wendung und Extraktion der Zange vorzuziehen. Br. hält die lange Zange von *Simpson* für geeigneter zur Extraktion als die Achsenzugzange. Die Extraktion wurde stets direkt an die Symphyseotomie angeschlossen, da es nach Br. inhuman erscheint, die Kreissende eventuell stundenlang mit klaffender Symphyse liegen zu lassen und dann erst zur Vornahme der Symphysennaht wieder zu narkotisiren.

Nur in den Fällen, in denen ein Zangenversuch von vornherein als gänzlich aussichtslos erschien und nur das Leben der Frucht dadurch gefährdet worden wäre, wurde er unterlassen. Bei der Zangenextraktion wurde der Schädel nur nach abwärts gezogen; im Nothfall wurden zum Schutze der vorderen Vaginalwand tiefe Episiotomien gemacht. In allen 5 Fällen wurden die Kinder lebend entwickelt. Zur Naht der Symphyse wurde in 4 Fällen Silberdraht verwandt; im letzten Falle wurde nur in 3 Etagen mit Seide genäht. Nach Schluss der Symphysenwunde wurde stets ein Beckengipsverband angelegt. Nach Br. eignet sich die Symphyseotomie absolut nicht für die Privatpraxis.

Nur unter folgenden Bedingungen würde er sie ausführen: „die Gebärende muss eine Mehrgebärende sein oder die Geburtswege zum mindesten so weit, dass deren Verletzung vermieden werden kann. Asepsis der Geburt, bevor die Frau zur Operation gekommen ist. Wunsch der Frau nach einem lebenden Kinde. Das räumliche Missverhältniss darf nicht zu gross sein. Bei einer Conjugata unter 7 cm wird die Symphyseotomie nicht angezeigt sein, ebenso wird ein stark schräg oder quer verengtes Becken gegen die Ausführung der Symphyseotomie sprechen." In allen anderen Fällen will Br. die Sectio caesarea nach Porro, bez. die Craniotomie in ihre alten Rechte eintreten lassen.

Die Gefahren, die den Müttern bei der Symphyseotomie drohen, stehen nach Br. in keinem Verhältniss zu denjenigen der künstlichen Frühgeburt; die Einleitung der künstlichen Frühgeburt wegen engen Beckens durch die Symphyseotomie ganz verdrängen zu wollen, hält Br. für zu weit gegangen. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

Aus der Uebersicht von Harris (2) geht hervor, dass seit dem 1. Schamfugenschnitt in Amerika am 30. Sept. 1892 29 Frauen dieser Operation unterzogen worden sind, 25 in den Vereinigten Staaten, 2 in Canada und 2 in Brasilien. 4 Frauen starben, während 6 Kinder verloren wurden. Bei dieser auch im Vergleich zum erhaltenden Kaiserschnitt hohen Sterblichkeitziffer warnt H. die amerikanischen Geburtshelfer vor dem Schamfugenschnitt bei zu stark verengtem Becken (in Europa sind als untere Grenze 6.7 cm festgesetzt), besonders, „da der Fötus in den Vereinigten Staaten durchschnittlich 1 Pfund schwerer sei als in Europa."

H. empfiehlt mit Rücksicht auf die guten Erfolge der Italiener sich der Morisani'schen Vorschriften zu bedienen.

Bei aller Anerkennung der Vorzüge des erhaltenden Kaiserschnitts, seiner leichteren Ausführbarkeit und der grösseren Sicherheit, das kindliche Leben zu erhalten, hält Barton Cooke Hirst (3) dennoch bei engem Becken mit einer Conjugata vera über 6.75 cm den Schamfugenschnitt für die angezeigte Operation aus dem Grund, weil die Sterblichkeitziffer darnach erheblich niedriger ist, als nach dem Kaiserschnitt. Nach einer Zusammenstellung von Harris sind seit dem 6. Oct. 1882 in den Vereinigten Staaten 88 erhaltende Kaiserschnitte gemacht worden. Von den Frauen starben 35 = 39.7%. Auch in den letzten Jahren war die Sterblichkeit keine geringere geworden (1893 40%). Dagegen sind von 30 Frauen, die dem Schamfugenschnitt unterzogen wurden, nur 4 gestorben (13.3%). Nur 1 Fall ist jedoch der Operation zur Last zu legen.

Was die Anzeige zum Schamfugenschnitt anlangt, so betont H. die Nothwendigkeit genauer Beckenmessung. Er fügt die Abbildung eines von ihm zur direkten Messung der Conjugata angegebenen Beckenmessers bei. Bei Becken, die an der unteren Grenze stehen (6.5 cm), räth er vorher die künstliche Frühgeburt und Erweiterung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

des Gebärmutterhalskanals einzuleiten. Als Methode der Ausführung des Schamfugenschnitts empfiehlt er die Vorschriften der Italiener, wenn nöthig, mit künstlicher Erweiterung des Muttermundes.

Dickinson (4) theilt folgenden Fall mit.

29jähr. Zweitgebärende. Schwere 1. Entbindung. Lebendes kleines Kind. Beckenmaasse: Sp. 21, Cr. 26, Conj. ext. 17, Conj. vera 8 cm. Trotz heftiger Wehen bei vollständig erweitertem Muttermund trat der Kopf nicht ein. 42½ Std. nach Wehenbeginn am 13. Juni 1893 Schamfugenschnitt. Darauf Kopf in's Becken gedrückt und mit Zange entwickelt. Die Schambeine wichen 5 cm weit auseinander. Dabei wölbten sich Bauchfell und Blase stark in die Wunde vor. Riss der vorderen Scheidenwand. Das Kind, männlichen Geschlechts, war 51.5 cm lang, 3400 g schwer. Im Verlaufe 2 Temperatursteigerungen; am 21. Tage stand die Pat. auf. Nach 7½ Wochen guter Gang und geringe Beweglichkeit des Gelenks. Als Lager empfiehlt D. folgendes: Unter den Körper wird auf beiden Seiten ein langes Keilkissen gelegt, so dass das Kreuzbein hohl liegt und die Körperschwere auf Hüftbeinen und Trochanteren liegt.

D. erläutert durch Abbildungen das Verhalten der Blase und des Bauchfells zum Schamfugengelenk in den verschiedenen Abschnitten der Geburt. Das Wesentliche ist dies:

1) Vor voller Erweiterung des Muttermunds und im Beginn des Eintritts des Kopfes finden sich Bauchfell und Blase hinter dem Gelenk. 2) Nach vollständiger Erweiterung und etwas weiterem Herabtreten: Blase (unterer Theil) und Harnröhre fest gegen das Gelenk gepresst. 3) Nach der Entbindung: Bauchfell, Blase und etwas lockeres Gewebe hinter der Schamfuge.

Brown-Montclair (5) berichtet ebenfalls über 1 Fall.

Zweitgebärende, 25 Jahre alt. 1. Entbindung durch Zange, todter Knabe (schwere Schädelverletzung). Wehen seit 20 Std. 2. Schädellage, allgemein verengt plattes Becken mit Conjugata von 8 cm. Blase stand nicht mehr. Kreissende stark erschöpft. Zangenversuche vorgeblich; die Zange wurde in ihrer Lage gelassen, die Griffe mit einem keimfreien Tuch umwickelt, und der Schamfugenschnitt vorgenommen. Die darauf folgende Entwicklung des Kindes mit der Zange war leicht. Kind (4530 g) leicht asphyktisch, bald belebt. Scheidenriss an der linken Seite der Harnröhre wurde genäht. Naht der Wunde ohne Knochenvereinigung. Verband mit 2 kreuzweise von der Spina il. ant. sup. zum gegenüberliegenden Trochanter geführten Heftpflasterstreifen. Normaler Verlauf für Mutter und Kind. Die Wöchnerin lief vom 27. Tage an.

Der von Lewers (6) mitgetheilte Fall von Schamfugenschnitt, der 3., bisher in England ausgeführte (die 1. Operation fand im Jahre 1782 statt), betraf eine 20jähr. Zweitgebärende, die das 1. Mal ohne Kunsthülfe (wahrscheinlich zu früh) ein sehr kleines Kind geboren hatte. Die Beckenmaasse betrugen nach der späteren Messung: Sp. 20 cm, Cr. 26¼ cm, Conj. ext. 15 cm. Mehrfache Zangenversuche vermochten den mit dem Hinterhaupt nach hinten gerichteten Kopf nicht zu entwickeln. Der darauf (am 12. Febr. 1893) vorgenommene Schamfugenschnitt machte Schwierigkeiten. Da Durchtrennung mit dem Messer nicht gelang, wurde sie mit der Säge ausgeführt. Die Schamfugenenden wichen 5 cm weit auseinander und die Entwicklung des Kopfes mit der Zange gelang, trotz der Stellung des Hinterhaupts nach hinten, leicht. Naht der Wunde. Die Genesung wurde durch eine vollständige Incontinentia urinae (die L. auf starkes Quetschen der Harnröhre mit dem Katheter während der Operation zurückführt) durch Aufliegen der Kranken, sowie dadurch, dass ein Stück Schambein abstarb, gestört. Die Kranke vermochte erst Ende Juni zu laufen.

Der klinische Vortrag Draghiesco's (7) giebt einen historischen Ueberblick, die Schilderung der Operationsweise und der Erfolge der Operation und schliesst mit der Wiedergabe einer Operationsgeschichte.

24jähr. Erstgebärende, 126 cm gross. Wehenbeginn am Schwangerschaftsende 2. Oct. 1893 4 Uhr Nachmittags. Blasensprung am 3. Oct. Mittags.

Beckenmaasse: Sp. 23, Cr. 24, Conj. ext. 17, Conj. diag. 9, Conj. vera 7½ cm. Kind in 1. Schädellage a.

Am 4. Oct., Nachmittags 3 Uhr 45 Min., wurde der Schamfugenschnitt beschlossen, da die Wehen schwach und selten waren, die Kopfgeschwulst zunahm und die kindlichen Herztöne schwächer wurden. Vorher wurde der 5-frankstückgrosse Muttermund durch Einführung des *Tarnier*'schen Erweiterers bis zur Vollständigkeit erweitert. Die Durchtrennung der Schamfuge mit geknöpftem Messer war schwierig, da der Kopf das Einführen des Fingers hinter der Schamfuge hinderte. Erweiterung der Schamfuge auf 5½ cm. Leichte Zangenentwicklung. Oberflächliche und tiefe Naht der Wunde.

Kindliche Kopfmaasse: occipitofront. 11 cm, occipitoment. 12 cm, bipar. 9, bitemp. 8, suboccipitobregm. 9 cm. Länge 52 cm; Gewicht 2840 g.

Nach 3 Wochen vollständige Vereinigung der Symphyse. J. Präger (Chemnitz).

In dem Falle von Regnier (8) war der Kaiserschnitt wegen relativer Indikation bei einer Conj. vera von 7.5 ausgeführt worden. Jetzt wurde bei Querlage die Blase gesprengt, ein Fuss herabgeholt und die Symphyse durchtrennt. Die Spalte wurde auf 5½ cm zum Klaffen gebracht und die Extraktion anstandslos ausgeführt.

Brosin (Dresden).

Cocq (9) erörtert den Geburtsmechanismus nach dem Schamfugenschnitt:

I. *Einfache* oder *rhachitische platte* Becken:

Nach dem Schamfugenschnitt stellt sich der *vorangehende* Kopf mit einem seiner grössten Durchmesser in den queren Durchmesser des Beckeneinganges ein. Erleichtert wird die Einstellung ohne Abknickung des Kopfes dadurch, dass ein Scheitelhöcker in den Spalt zwischen den beiden Schambeinen sich eindrängt. Beim weiteren Herabtreten plattet sich das hintere Scheitelbein durch Druck des Vorbergs ab und beschreibt nun einen Kreisbogen um den vorderen Scheitelhöcker als Mittelpunkt des Kreises. Gleichzeitig beugt sich der Kopf, die kleine Fontanelle tritt tiefer. Sobald der Kopf auf dem Beckenboden anlangt, gleitet der vordere Scheitelhöcker aus dem Schamfugenspalt heraus an die Hinterfläche eines der Schambeine. Schliesslich tritt das Hinterhaupt in den sehr erweiterten Raum unter den Schambeinen und der Kopf entwickelt sich durch Streckung.

Beim *nachfolgenden* Kopf tritt der occipitofrontale Durchmesser in den queren des Beckeneinganges, einer der Scheitelhöcker in den Schamfugenspalt.

In der gleichen Stellung erfolgt der Durchtritt durch das Becken. Die Drehung findet auf dem Beckenboden statt. Die Regio suboccipitalis bleibt gegen die Schamfuge gestützt, während die Entwicklung durch Beugung geschieht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

II. *Allgemein gleichmässig verengte* Becken:

Nach dem Schamfugenschnitt tritt der *vorangehende* Kopf nicht wie sonst gebeugt in einem schrägen Durchmesser, sondern ebenfalls im queren Durchmesser ein. Ermöglicht wird dies ebenfalls durch Eintreten eines Scheitelhöckers in den Schamfugenschnitt. In der gleichen Stellung tritt der Kopf durch das Becken. Die Drehung findet auf dem Beckenboden statt, die Entwicklung durch Streckung.

Ebenso geschieht der Eintritt und Durchtritt des *nachfolgenden* Kopfes, die Entwicklung desselben durch Beugung.

III. *Allgemein verengt platte* Becken:

Auch hier tritt der vorangehende Kopf im queren Durchmesser ein, zunächst mit tieferem bitemporalem Durchmesser. Dann tritt eine Beugung ein, und ein Scheitelhöcker tritt in den Schamfugenspalt, der andere tritt in Berührung mit dem Vorberg. Die Drehung geschieht auf dem Beckenboden, Entwicklung durch Streckung. Der nachfolgende Kopf tritt quer in beginnender Beugung ein, der bitemporale und biparietale Durchmesser treten nach einander in die Conjugata.

J. Präger (Chemnitz).

141. **Zur Casuistik der Embolie der Lungenarterie während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, nebst einigen epikritischen Bemerkungen**; von Max Sperling, Assistenzarzt der Universitätsfrauenklinik in Königsberg. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 2. p. 439. 1893.)

Sp. hat sich die Aufgabe gestellt, im Anschluss an zwei eigene Beobachtungen die zugehörige Literatur zusammenzustellen und dieses Material hauptsächlich im Hinblick auf die Prophylaxe epikritisch zu beleuchten. S. hat 33 genauer beschriebene Fälle in der Literatur auffinden können und dabei gefunden, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle die verschiedensten Anhaltepunkte bestanden haben, welche die drohende Gefahr anzeigten. In 14 Fällen von 35 ist der Symptomencomplex der „Phlegmasia alba dolens" erwähnt.

Nach Sp. ist jede mit den Symptomen der Schmerzhaftigkeit, des Oedems und der Fühlbarkeit harter Stränge, sowie des deutlichen Hervortretens des subcutanen Venennetzes ohne Varicenbildung einhergehende Erkrankung der unteren Extremitäten im Wochenbett und auch in der Schwangerschaft (es sei denn, dass die Symptome durch Varicenbildung und in ihnen entstandene Dilatationsthromben, ein leichtes, beiderseitiges Oedem durch die Compression der grossen Gefässe durch den graviden Uterus ihre Erklärung fänden) ausnahmelos auf einen, im Gebiete der Beckenvenen mit oder ohne Betheiligung der tiefen Schenkelvenen sich abspielenden Process zu beziehen und als ein ernster Fingerzeig für die drohende Gefahr einer Lungenembolie anzusehen. Ein solcher Process erfordert absolute Ruhestellung mit eventueller Hochlagerung des Fusses und Verwerfung jeder Compression der Extremität durch Verbände oder Massage. Die Beobachtungen lehren nach Sp., wie auffallend lange Zeit bei diesen Processen noch die Gefahr des Eintritts einer Embolie der Lungenarterien besteht, zu der dann eine äussere Veranlassung, eine heftige Bewegung u. s. w. führen kann.

Bezüglich der Therapie des embolischen Anfalls hat auch Sp. die Beobachtung gemacht, dass nach mehreren kurz aufeinander folgenden Aether- und Kampherinjektionen der Zustand im Allgemeinen und speciell die Herzthätigkeit und Athmung sich auffallend, ja fast überraschend besserten und die Cyanose abnahm.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

142. **Sur un cas de scarlatine puerpérale**; par Ch. Fiessinger, d'Oyonnax. (Gaz. de Par. 40. 1893.)

Unter dem Namen „puerperaler Scharlach" fasst man gewöhnlich verschiedene Affektionen im Wochenbette zusammen, von denen die einen durch Resorption von gewissen Medikamenten, die anderen durch Resorption infektiöser Stoffe hervorgerufen werden. Zu letzteren gehören sowohl die Fälle von echtem Scharlach, als auch die scharlachähnlichen Erytheme. Klinisch und ätiologisch besteht zwischen diesen beiden kein Unterschied und im gegebenen Fall dürfte es schwer sein, zu entscheiden, um welche Form des Scharlach es sich handele. Einen diese Schwierigkeit illustrirenden Fall theilt F. mit.

Eine 23jähr. Frau kam nieder; die Hebamme hatte ein eiterndes Geschwür am Finger; im Uterus blieb ein Placentarest zurück. Am 3. Tage Schüttelfrost, Fieber, die Erscheinungen der puerperalen Infektion. Am 4. Tage Scharlachexanthem an den Händen und Armen und über den Körper sich ausbreitend; Angina; Nephritis. Durch wiederholte Ausspülungen gelang es, den eiterigen Placentarest aus dem Uterus zu entfernen; danach langsame Heilung.

Goldschmidt (Nürnberg).

143. **Beiträge zur Lehre vom Resorptionsfieber in der Geburt und im Wochenbett und von der Selbstinfektion**; von Prof. F. Ahlfeld in Marburg. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 2. p. 466. 1893.)

Auf Grund von 3000 in der Marburger Entbindungsanstalt im Decennium 1883—1893 beobachteten Geburten und Wochenbetten untersucht A. den Einfluss der subjektiven Antisepsis, den Einfluss der Desinfektion der Gebärenden und Wöchnerin, die Disposition zum Puerperalfieber, d. h. die die Infektion begünstigenden Momente bei der Frau, die Entstehung des Fiebers in der Geburt, die puerperalen Todesfälle und ihre Ursachen und schliesslich die bakteriologischen Befunde. A. kommt dabei zu folgenden Schlussfolgerungen:

„An dem Vorkommen von Fieber im Wochenbette, ohne vorausgegangene Untersuchung ent-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

standen, kann nicht mehr gezweifelt werden." „Diese Fieber sind meist geringfügiger Natur, doch kommen auch einzelne schwere Fälle vor, selbst tödtlich verlaufende." „In wohlgeleiteten Anstalten ist die Zahl der durch Selbstinfektion erfolgten fieberhaften Erkrankungen im Wochenbett grösser, als die durch Infektion von aussen herbeigeführten; letztere pflegen aber durchschnittlich schwerere Grade der Erkrankung herbeizuführen." „Der Procentsatz der Morbidität und Mortalität einer Anstalt hängt bei gleichen Vorsichtsmaassregeln, um Infektion von aussen zu verhüten, auch von der Vertheilung von Erst- zu Mehrgebärenden und von der Zahl der nothwendig werdenden operativen Fälle ab." „Eine präliminare Reinigung der Geburtswege ist eine unerlässliche Bedingung, um schwere Kindbettfieberfälle zu verhüten." „Das beste Desinfektionsmittel bleibt das Sublimat." „Die Eingangspforten für das puerperale Gift sind in der Hauptsache nicht an den äusseren Genitalien, sondern an der Cervix und im Endometrium zu suchen." „Die meisten Fieberfälle im Wochenbette sind als Resorptionsfieber aufzufassen. Sie erfolgen hauptsächlich bei Zurückhaltung des infektiösen, event. inficirten Wochensekrets." „Die Uterusschleimhaut resorbirt am intensivsten, danach erst die Scheidenschleimhaut." „Das durch Resorption aufgenommene Gift wird in der Regel schnell wieder eliminirt, wahrscheinlich durch den Harn." „Pathogene Mikroorganismen [deren Vorhandensein A. in jeder Scheide angenommen hat] scheinen zu ihrer Vermehrung eines günstigen Nährbodens zu bedürfen, den sie in dem in Zersetzung begriffenen Inhalte der Vagina und des Uterus finden." „Die Leitung der Nachgeburtsperiode hat einen entschiedenen Einfluss auf die Morbidität im Wochenbette."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

144. **Die Sterblichkeit an Wochenbettfieber in Dänemark und die Bedeutung der Antiseptik für dieselbe**; von Dr. E. Ingerslev in Kopenhagen. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVI. 2. p. 443. 1893.)

I. hat über die Bedeutung der Antiseptik für die Sterblichkeit an Wochenbettfieber in der Privatpraxis eingehende statistische Studien angestellt, welche diese Verhältnisse in Dänemark in dem Zeitraum von 1860—1889 betreffen. Zum Vergleich bezieht er sich ganz besonders auf die früher (Jahrbb. CCXXVI. p. 148) besprochene Abhandlung von Hegar, der bekanntlich für das Grossherzogthum Baden eine Besserung der Mortalität in der Privatpraxis seit Einführung der Antisepsis nicht constatiren konnte.

Besonderen Werth legte I. auf die Correktion der in den Tabellen angegebenen Todesfälle an Kindbettfieber, ohne welche seiner Ansicht nach einer statistischen Untersuchung, wie der vorliegenden, wenig Bedeutung beizumessen ist. Die statistischen Untersuchungen I.'s umfassen nur die dänischen Provinzialstädte und Kopenhagen, da auf dem platten Lande ärztliche Todtenscheine nicht obligatorisch sind. Bei der sehr mühsamen Correktion der Sterblichkeit an Wochenbettfieber fand I., dass die bisher vorliegende Angabe um 20% zu erhöhen ist. Der Antheil der nicht infektiösen Todesfälle in der Totalsumme für „Tod im Kindbett" bleibt 25.8%, also über ein Viertheil. Im Ganzen ergiebt sich eine unzweifelhafte und nicht ganz geringe Abnahme der puerperalen Mortalität im letzten Decennium. Die für sämmtliche Provinzstädte gefundene Ziffer von 3.02‰ (1 : 333), welche als Ausdruck für die Sterblichkeit an Wochenbettfieber im Zeitraum von 1882—1889 betrachtet werden kann, darf nach I. im Allgemeinen eine überraschend niedrige genannt werden. Der Vergleich zwischen den Provinzstädten und Kopenhagen fällt in hohem Grade zu Gunsten der Provinzstädte aus.

Obgleich die Sterblichkeit an Wochenbettfieber in gewissen Beziehungen noch recht erheblich in den Vordergrund tritt, konnte I. doch feststellen, dass sie in den Provinzstädten im letzten Jahrzehnte, mit den beiden vorhergehenden verglichen, in überraschender und erfreulicher Weise herabgegangen ist. Es deutet dies sicher darauf, dass die Forderungen der antiseptischen Geburtshülfe von den Hebammen jetzt besser erfüllt werden, als vor 10 Jahren und weiter zurück.

Eine nach den Hebammenprotokollen aufgestellte tabellarische Uebersicht über die Operationen in den Jahren 1884—1888 ergiebt für diesen Zeitraum keine Zunahme. Unter 124 Geburten mit tödtlichem Ausgang aus den Jahren 1886—1889, über welche I. genaue Erkundigungen einziehen konnte, waren 67% natürliche Geburten und in 33% fanden operative Eingriffe statt; 68.5% wurden durch die Hebamme allein, 31.5% zugleich durch den Arzt geleitet.

Als Hauptresultat seiner Untersuchungen stellte I. fest, dass die praktische Geburtshülfe, wie sie in Dänemark von den Hebammen ausgeübt wird, gegenwärtig unzweifelhafte Zeugnisse von der Bedeutung der Antisepsis darlegt, insofern die Mortalität sehr erheblich vermindert worden ist.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

145. **Beobachtungen über Ikterus der Neugeborenen**; von Dr. A. Schmidt in Altona. (Arch. f. Gynäkol. XLV. 2. p. 283. 1893.)

An 149 Kindern hat Sch. die Beziehungen zwischen dem Icterus neonat. und der Zeit der Abnabelung untersucht. 50 wurden sofort, die übrigen meist erst nach Abgang der Placenta, also 10—30 Min. post partum abgenabelt. Von den 149 Kindern wurden 80 = 53.7% ikterisch, und zwar von 64 reifen Knaben 33, von 50 Mädchen 20, von 22 frühgeborenen Knaben 17, von 13 Mädchen 10. Die bekannte Thatsache, dass kräftige

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Kinder seltener ikterisch werden, als schwächliche, fand Sch. bestätigt, ebenso, dass Knaben häufiger Ikterus bekommen, als Mädchen, obgleich das Durchschnittsgewicht der ersteren grösser war, als das der letzteren. Der Ikterus trat hauptsächlich zwischen dem 2. und 4. Tage auf, während er vom 5. Tage an ungleich seltener kam. Die Durchschnittsdauer des Ikterus betrug 6.2 Tage.

Sch. stellt seine Beobachtungen hauptsächlich den neuerdings von Violet und Epstein, Porak u. A. aufgestellten Theorien entgegen, wonach der Ikterus aus dem Zerfall der rothen Blutkörperchen bei später Abnabelung entstehen soll. Von den 50 sofort Abgenabelten wurden 36 = 72% ikterisch. Von 71 später als 10 Min. Abgenabelten bekamen 30 = 42.2% Ikterus. Er zeigte sich also bei den sofort Abgenabelten in fast doppelter Häufigkeit. Ausserdem beobachtete Sch., dass die schweren Formen der Gelbsucht bei den sofort Abgenabelten viel häufiger auftraten und dass die Dauer der ikterischen Hautfärbung eine längere war. Auf die Entwickelung der Kinder in den ersten 14 Tagen war die Zeit der Abnabelung von keinem besonderen Einfluss.

Böhmig (Dresden).

146. **Klinische Studien über Icterus neonatorum**; von Dr. N. A. Quisling in Christiania. (Arch. f. Kinderhkde. XVII. 1. 2. p. 32. 1893.)

Die ausführlich angelegte Arbeit, welcher 50 Krankengeschichten zu Grunde liegen, macht es sich zur Aufgabe, das klinische Bild des Ikterus neonatorum festzustellen. Von den in der Gebäranstalt zu Christiania geborenen Kindern wurden 26% gelbsüchtig, von den in der Stadt geborenen nur 5%. Die Dauer der Krankheit betrug in den meisten Fällen 4—6 Tage. Alle beobachteten Kinder — hierauf legt Qu. besonderen Werth — litten an Verdauungstörungen. Auffallende Verlangsamung des Pulses war nicht vorhanden. Fieber fand sich in 26.8%. In 38% der Fälle wirkte der Ikterus störend auf die Ernährung. Nach einer kurzen Besprechung der bisherigen Hypothesen über das Zustandekommen des Icterus neonatorum spricht Qu. die Ansicht aus, dass die Krankheit katarrhalischen Ursprungs sei, und begründet diese Behauptung ausführlich.

Brückner (Dresden).

147. **Beiträge zur Ernährung kranker Kinder der vorgeschrittenen Altersstufen**; von A. Baginsky und Dr. phil. Dronke. (Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 331. 1893.)

B. u. D. berichten über Stoffwechselversuche, welche sie an 3 Kindern im Alter von 5½, 7 und 12 Jahren angestellt haben. Aus ihnen geht ganz im Allgemeinen hervor, dass die Kinder, „sofern man sie ihrem eigenen Triebe zur Nahrungsaufnahme innerhalb unserer Diätformen überliess, in jeder derselben mehr aufgenommen und verbraucht haben, als wir voraussetzten". Da über Stoffwechseluntersuchungen an kranken Kindern in der Literatur bis jetzt so gut wie nichts vorliegt, so würden die weiteren Studien in dieser Richtung, welche B. u. D. in Aussicht stellen, berufen sein, eine empfindliche Lücke auszufüllen.

Brückner (Dresden).

148. **Ueber den Starrkrampf der Neugeborenen**; von Dr. W. Papiewsky. Aus der Univ.-Kinder-Klinik in Graz. (Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 39. 1893.)

P. berichtet über 10 Fälle von Tetanus neonatorum, welche innerhalb eines Zeitraumes von 2 J. zur Beobachtung kamen. Er zieht aus diesen Beobachtungen folgende Schlüsse: 1) „Der Wundstarrkrampf der Neugeborenen, wenngleich im Principe, was Aetiologie und Symptome anlangt, mit dem Tetanus der Erwachsenen identisch, verläuft doch, was die Intensität betrifft, viel schwerer als dieser." 2) „Die neuen Heilmethoden haben beim Tetanus neonatorum bis jetzt noch keinen zweifellosen Erfolg nachzuweisen." 3) „Die zu Gunsten der verschiedenen Heilmethoden angeführten Fälle lassen sich in die Kategorie der Spontanheilung einreihen." 4) „Bei kurzer Incubationszeit (1—5 Tage) ist der Tetanus neonatorum unbedingt tödtlich; dagegen ist Genesung möglich, wenn die Incubationszeit 6 oder mehr Tage betrug."

Brückner (Dresden).

149. **Die Anwendung der Intubation beim Keuchhusten**; von Dr. J. Taub. (Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 61. 1893.)

P. empfiehlt die Intubation beim Keuchhusten, wenn „die Hustenanfälle sehr häufig sind, besonders intensiv auftreten, mit Asphyxie einhergehen, kurz, wo das Leben des Kindes bei jedem Anfalle gefährdet ist". T. theilt 2 Fälle mit, in denen die Intubation gute Dienste leistete. Die behandelten Kinder standen im Alter von 6, bez. 8 Monaten. Der Tubus blieb in der Regel 4—5 Stunden liegen. Sofort nach der Intubation erfolgte gewöhnlich ein heftiger Anfall. Dann trat Ruhe ein, welche mehrere Stunden anhielt, allmählich aber wieder durch Anfälle gestört wurde, bis sich eine neue Intubation nöthig machte. Sie wurde bei dem einen Kinde 4mal, bei dem anderen 7mal wiederholt. Darauf stellten sich endgültige Besserung und Schwinden der schweren Erscheinungen ein.

Brückner (Dresden).

150. **Ueber Choleraexanthem bei Kindern**; von Dr. C. Koch. (Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 72. 1893.)

K. sah bei 3 an asiatischer Cholera erkrankten Kindern einen Ausschlag, welcher sich im Stadium reactionis oder typhoideum (6—10 Tage nach Beginn der Erkrankung) einstellte, und zwar zunächst im Gesicht und hinter den Ohren in Form von erbsengrossen, nicht erhabenen rothen Flecken,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Nach 24 Stunden wurden die Flecke grösser, färbten sich dunkler, breiteten sich über den ganzen Körper aus und flossen theilweise zusammen. An einzelnen Stellen entstanden Quaddeln, welche juckten. Am 3. bis 4. Tage blassten die Flecke ab und liessen eine dunklere Hautfärbung zurück. Auf der Rachenschleimhaut machte sich kein Ausschlag bemerkbar. Bei 2 Kindern fing die Haut nach 4 und 8 Tagen an, kleienförmig abzuschuppen.

Brückner (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

151. **Fremdkörpertherapie und Gewebszüchtung**; von Prof. Th. Gluck. (Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 236. 1893.)

G. giebt einen geschichtlichen Ueberblick über die Entwicklung eines Gebietes, um dessen Anbau und Pflege er sich unstreitig grosse Verdienste erworben hat, die „heteroplastischen Ersatzoperationen". Mit unermüdlichem Eifer hat er danach gestrebt, Lücken in den Sehnen, Knochen und Nerven durch Einheilung von verschiedenartigen Fremdkörpern, wie z. B. von Catgutbündeln, Elfenbeinstiften, entkalkten Knochenplatten u. A. m. auszufüllen. Aus der Fülle der Mittheilungen geht hervor, dass G. mit seinem Verfahren, an dessen Ausbau er rastlos arbeitet, bereits die schönsten praktischen Erfolge erzielt hat.

Brückner (Dresden).

152. **Ueber die Hauttransplantation nach Thiersch**; von Prof. Helferich in Greifswald. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 1. 1894.)

In diesem im Greifswalder medicin. Verein gehaltenen Vortrage giebt H. zunächst eine kurze Beschreibung der Methode der Hauttransplantation nach Thiersch, indem er dabei die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale zwischen diesen und dem Reverdin'schen Verfahren hervorhebt. Dann zeigt er unter Vorführung verschiedener Pat. die ausserordentlich grosse praktische Bedeutung dieser „modernen" Methode der Hautverpflanzung.

P. Wagner (Leipzig).

153. **Zur Casuistik der multiplen symmetrischen Lipome**; von Dr. F. Langer in Wien. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 4. p. 899. 1893.)

L. theilt aus der Billroth'schen Klinik 6 Fälle von symmetrischen Lipomen mit, die in den letzten Jahren zur Beobachtung kamen. Auch diese Fälle widersprechen der Theorie von Grosch nicht, dass nämlich die Lokalisation aller Lipome durch den relativen Drüsengehalt der verschiedenen Hautgebiete bestimmt wird, indem die Disposition der Geschwulstbildung in einem umgekehrten Verhältnisse zum Drüsenreichthum steht.

Andererseits schliesst sich L. den Bedenken Plettner's an, der darauf hingewiesen hat, dass wir auch durch diese jüngste Theorie keinen Aufschluss darüber erhalten, warum es nach Exstirpation von Lipomen nicht zum Auftreten von Recidiven kommt; eben so wenig lässt sich die Entwickelung von Lipomen unter den Fascien, in und unter der Muskulatur durch sie erklären, indem die Störung der Hautsekretion doch kaum das Auftreten von Lipomen in der Tiefe zur Folge haben dürfte.

P. Wagner (Leipzig).

154. **Ueber das arterielle Ranken-Angiom an der oberen Extremität**; von Dr. A. Wagner in Tübingen. (Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 49. 1894.)

„Wir verstehen unter Angioma arteriale racemosum eine Neubildung arterieller oder arterienähnlicher Gefässe von ausgesprochen progressivem Charakter, einhergehend mit excentrischer Hypertrophie bereits bestehender Arterien kleineren Calibers. Es handelt sich also um eine *echte Geschwulstbildung*, und es sind demnach sämmtliche Gefässaffektionen ausgeschlossen, bei denen es sich nicht um Bildung neuer und Vermehrung der Wandelemente bereits bestehender Gefässe, sondern nur um eine Dilatation (Angiektasie) handelt."

W. theilt zunächst einen in der Bruns'schen Klinik beobachteten Fall von *arteriellem Rankenangiom des rechten Zeigefingers* bei einer 53jähr. Frau mit. Der Finger wurde exartikulirt und W. konnte eine genaue histologische Untersuchung des Präparates vornehmen. Die Kr., bei der sich die pulsirende Geschwulst ohne äussere Veranlassung im 17. Lebensjahre entwickelt hatte, litt zeitweise an heftigen Schmerzen in dem erkrankten Finger; 2mal war es auch zu entzündlichen Erscheinungen mit profuser Exsudation gekommen.

Diese Erscheinungen könnten in der durch die Geschwulst bedingten übermässigen Spannung und Verdünnung der Haut, zusammen mit der durch die Volumzunahme und die Schmerzen herabgesetzten Geschicklichkeit im Gebrauch des Fingers, der hierdurch mechanischen Insulten in erhöhtem Maasse ausgesetzt war, eine befriedigende Erklärung finden. Allein die histologische Untersuchung ergab für die obigen Erscheinungen eine anatomische Grundlage: die Gefässwucherungen erstreckten sich bis in die Nervenscheide hinein und hatten auf die Nerven selbst einen derartigen Druck ausgeübt, dass diese ganz in die Peripherie der Nervenscheide gedrängt waren.

Aus der Literatur hat W. noch 15 Fälle zusammenstellen können, die unzweifelhaft als echte arterielle Rankenangiome der oberen Extremität anzusprechen sind. Bemerkenswerth ist, dass bei den im Ganzen 16 Fällen die Geschwulst 9mal aus einem congenitalen Naevus hervorgegangen ist; nur in 1 Falle ist ein Trauma als *Ursache* angegeben. Aber auch bei den aus einer angeborenen oder frühzeitig erworbenen Teleangiektasie hervorgehenden Rankenangiomen spielen mechanische, namentlich häufige und geringfügige Einwirkungen neben den Einflüssen der Pubertät und Gravidität als Hülfsmomente eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Pathologisch-anatomisch sind an dem arteriellen Rankenangiom primäre und sekundäre Veränderungen zu unterscheiden. Die ersteren bestehen in der eigentlichen Gefässgeschwulst, die letzteren in der Dilatation der zu- und abführenden Gefässe.

Ueber die *Symptomatologie* und den *Verlauf* der Affektion bemerkt W. Folgendes: Das Rankenangiom an der oberen Extremität hat seinen Sitz entweder an den Fingern oder an der Volar- oder Dorsalfläche der Hand; der Sitz am Vorder- oder Oberarm ist bisher in keinem Falle beobachtet. Es stellt sich als ein das Niveau der Haut überragender Tumor dar, über dem die bedeckende Haut dünn, glänzend, bläulich bis röthlich gefärbt ist, reichliche Schweisssekretion zeigt und deutlich abschuppt. Die ganze Geschwulst zeigt eine gleichmässige, mit dem Puls isochrone Pulsation; sie lässt sich durch Druck entleeren und füllt sich mit dem Nachlassen sofort wieder an. Die Compression einer der Vorderarmarterien oder auch beider bringt kein vollständiges Verschwinden der Geschwulst zu Stande; bei leichter cirkulärer Compression schwillt der Tumor deutlich an. Hat die Geschwulst längere Zeit bestanden, so schlängeln und erweitern sich die Artt. rad. und uln., sie zeigen deutliche Pulsation und nach einer gewissen Zeit tritt ein ähnlicher Zustand auch bei den abführenden Venen ein. Die Geschwulst wächst langsam weiter und führt schliesslich zu andauernder Gebrauchsunfähigkeit des Fingers. Sehr leicht kommt es zu profusen Blutungen, trophischen Störungen, Geschwürsbildung und Gangrän.

Die *Diagnose* bietet im frühen Stadium keine Schwierigkeiten; später ist leicht eine Verwechslung mit dem Aneurysma arterio-venosum möglich.

Prognostisch ist bemerkenswerth, dass eine spontane Heilung der Geschwulst bisher noch nicht beobachtet worden ist.

Therapeutisch empfehlen sich die Alkoholinjektionen nach Thiersch; die Exstirpation mit oder ohne vorhergehende Unterbindung der Gefässe; in den schwersten Fällen die Abtragung des Fingers oder der Hand. P. Wagner (Leipzig).

155. **Trépanation et épilepsie Jacksonnienne**; par le Dr. Verchère. (Revue de Chir. XIII. 3. p. 246. 1893.)

Ein 22jähr. Pat., der schon früher 2mal stark gestürzt war, fiel mit 12 Jahren mit dem Kopfe gegen den Rand eines Springbrunnens. 14 Tage später der 1. Anfall von Jackson'scher Epilepsie; die Anfälle wiederholten sich seitdem fast regelmässig jeden Monat. Schwächerwerden des Gedächtnisses. Seit dem 13. Jahre beständige, nicht lokalisirte Kopfschmerzen. Die Anfälle begannen mit einer deutlichen Aura in der rechten Hand und blieben meist auf die rechte Seite beschränkt. Mit einem Schrei stürzte Pat. hin und verlor das Bewusstsein. Ausser den grossen Anfällen traten auch häufig, namentlich bei gemüthlichen Erregungen, kleinere ein. In den letzten Jahren leichte Atrophie der rechten Seite.

18. April 1890 *Trepanation* eines 4—5 cm langen und breiten Knochenstückes, dessen Diagonale dem Sulcus Rolando entsprach. Kreuzförmiger Einschnitt in die Dura; starkes Hervordrängen des Gehirns; reichlicher Abfluss von Liquor cerebrospinalis. Sonst nichts Krankhaftes. Naht der Dura- und der Hautwunde, Drainage. *Heilung.* In den nächsten Tagen nach der Operation allmählich fortschreitende Lähmung des rechten Daumens, Zeigefingers, der Hand, des Vorderarms und der rechten Gesichtshälfte, die sich nur sehr langsam zurückbildete. Am 5. Tage nach der Operation epileptiformer Anfall ohne Krämpfe. Vollständiges Verschwinden der Kopfschmerzen; auffallende Besserung des Gedächtnisses und der Stimmung. Zu Zeiten, wo sonst „grandes crises" aufzutreten pflegten, noch 4mal ganz vorübergehende kleinste Anfälle („vertiges" mit leichter „obnubilation"). Die *Heilung hat bisher 1½ Jahre angedauert.* Der Kr. ist erwerbsfähig geworden.

V. hat aus der Literatur 22 Fälle zusammengestellt, in denen bei Jackson'scher Epilepsie die Trepanation vorgenommen und keine krankhaften Veränderungen an Knochen, Dura oder Gehirn gefunden wurden. In 12 F. handelte es sich um allgemeine, in 10 um beschränkte Krampfanfälle. In 12 F. erzielte die Trepanation Heilung, in 7 Besserung, 3 Kr. wurden ohne Erfolg operirt. [Die Heilungen sind in diesen Fällen jedenfalls sehr vorsichtig aufzufassen. Ref.] P. Wagner (Leipzig).

156. **Die Chirurgie der Knochenerkrankungen nach Otitis**; von Prof. Th. Gluck. (Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 207. 1893.)

G. bespricht die verschiedenen Verfahren, welche zur Eröffnung des Antrum mastoideum angegeben worden sind, und die damit verbundenen Gefahren. Er empfiehlt, bei Eiterungen im Schläfenbein, nicht nur dem Eiter Abfluss zu verschaffen, sondern auch den kranken Knochen zu entfernen. Er glaubt, dass Nebenverletzungen dabei im Allgemeinen zu vermeiden sind, obwohl er selbst nach einer Auskratzung des Schläfenbeins Facialislähmung eintreten sah, welche sich aber wieder zurückbildete. Die Verletzung des Sinus transversus hält G. für nicht so gefährlich, wie Manche glauben. Bei tiefen Halsphlegmonen nach Ohreneiterungen räth G., frühzeitig zu operiren und dabei nach Unterbindung thrombosirte Venen zu entfernen. Endlich berührt er noch die operative Behandlung der Sinusthrombose und des Hirnabscesses sowie die Resektion der Schläfenbeinpyramide.

Brückner (Dresden).

157. **Intubation und Tracheotomie nach dem Ergebniss der von der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde veranstalteten Sammelforschung**; von Prof. H. von Ranke. (Münchn. med. Wchnschr. XXXX. 44. 1893.)

Aus den Mittheilungen der an der Sammelforschung über Intubation und Tracheotomie betheiligten Aerzte geht hervor, dass in 4 Jahren (1889 bis 1893) die Intubation bei primärer Diphtherie 1324mal, bei sekundärer Diphtherie 121mal ausgeführt wurde. Bei ersterer trat 516mal (39%), bei letzterer 27mal (22.3%) Heilung ein. Auf das erste Lebensjahr kamen 93 Fälle mit 13 Heilungen (13.9%), auf das zweite 285 Fälle mit 92 Heilungen (32.3%). — An 242 an primärer Diph-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

therie erkrankten und intubirten Kindern wurde die Tracheotomie nachträglich ausgeführt. Davon genasen 20 (8.2%). 8 an sekundärer Diphtherie Erkrankte, welche intubirt und nachträglich tracheotomirt wurden, starben sämmtlich. Diese Erfahrungen stammen aus Krankenhäusern. Aus der Privatpraxis liegt ein Bericht über 17 Intubationen mit 41.17% Heilungen und ein zweiter über 19 Intubationen mit 47.3% Heilungen vor. — Die Tracheotomie ergab in 1118 Fällen primärer Diphtherie 38.9%, in 42 Fällen sekundärer Diphtherie 25% Heilungen. Im ersten Lebensjahre kamen auf 55 Tracheotomien 3 Heilungen (5.4%), im zweiten auf 212 Tracheotomien 54 Heilungen (25.4%). v. R. glaubt aus diesen Zahlen schliessen zu dürfen, dass mit Verallgemeinerung der Intubation die Sterblichkeit an der Diphtherie geringer werden wird. Die nachträgliche Tracheotomie hält er nur dann für angezeigt, wenn bei liegendem Tubus plötzlich Asphyxie eintritt, welche durch die Entfernung des Tubus nicht beseitigt wird.

Brückner (Dresden).

158. **Ein durch halbseitige Exstirpation bislang geheilter Fall von Carcinoma laryngis**; von Dr. D. Kulenkampff und Dr. H. Noltenius. (Berl. klin. Wchnschr. XXIX. 36. 1892.)

Ein 59jähr. kräftiger Pat. hatte seit Jahren belegte Stimme, seit 3 Mon. war er heiser. Das rechte Stimmband in toto geröthet, im mittleren Drittel verdickt, mit unregelmässigem Rande; der ganze übrige Kehlkopf normal. Bald nach der 1. Untersuchung Nacken- und Kopfschmerzen; Bewegungen des rechten Stimmbandes träger. Galvanokaustische Behandlung der Prominenz ohne Erfolg, da an der gebrannten Stelle schon nach 8 Tagen neue Wucherungen auftraten. Mehrere mit der Curette abgetragene Stückchen erwiesen sich mikroskopisch als entzündliche Wucherungen. Trotzdem wurde an der Diagnose Carcinom festgehalten und der Kr. zu Prof. Krause zur Begutachtung geschickt. Dieser entfernte wieder ein Stück, dessen Untersuchung ein zweifelloses Cancroid ergab. Daraufhin am 19. Oct. 1891 halbseitige Exstirpation des Kehlkopfes durch K., bei der eine hintere Spange vom Schildknorpel erhalten wurde. Durch den oberen Wundwinkel wurde ein dünner *Nélaton*-Katheter in die Speiseröhre eingeführt und durch eine Naht befestigt, durch den in den ersten 5 Tagen der Kr. ernährt wurde. Verlauf und Zustand des Pat. nach erfolgter Heilung durchaus befriedigend. Bis zum 15. Aug. 1892 war der Kr. frei von Recidiv.

Rudolf Heymann (Leipzig).

159. **Unilateral laryngectomy; a case of excision of the right half of the larynx for carcinoma; recovery; no recurrence at the end of a year**; by George H. Monks. (Sond.-Abdr. a. d. Annals of Surgery. Philadelphia, July 1893.)

49jäh. Photograph, seit 1 Jahre heiser. Das rechte Stimmband verdickt und roth, seine Bewegungen sowohl bei der Respiration, wie bei der Phonation vermindert. Nie Halsschmerz, keine Schluckbeschwerden. Keine Kachexie. Die Heiserkeit blieb trotz lokaler und allgemeiner Behandlung bestehen, die Schwerbeweglichkeit des rechten Stimmbandes nahm zu. Exstirpation der rechten Kehlkopfhälfte und, da der Tumor etwas über die Mittellinie auf das linke Stimmband übergegriffen hatte, hier Abtragung der Neubildung mit der Scheere. In den ersten Tagen Ernährung durch die Schlundsonde. Vom 9. Tage an konnte der Kr. geschabtes Fleisch auf natürlichem Wege zu sich nehmen, für Flüssigkeit war die Sonde noch nöthig. Vom 10. Tage ab vermochte der Kranke mit rauher Flüsterstimme sich verständlich zu machen und weiterhin ist die Stimme kräftiger und tönender geworden, aber natürlich immer rauh geblieben. Er ist 25 Tage nach der Operation entlassen worden und ist seiner Thätigkeit in der früheren Weise nachgegangen. Er trägt eine gefensterte Kanüle und kann mit dieser genügend deutlich sprechen, wenn er die äussere Oeffnung verschliesst. Ein Jahr nach der Operation war der Kr. noch frei von Recidiv.

Rudolf Heymann (Leipzig).

160. **Ueber den künstlichen Kehlkopf und die Pseudo-Stimme**; von Prof. Julius Wolff. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 42. 1893.)

Im Anschluss an die Vorstellung des bekannten Kr. von Hans Schmid, bei dem sich nach totaler Kehlkopfexstirpation, trotz vollkommenem Abschluss der Pharynxwunde gegen die Trachea, durch Uebung der Muskeln des Pharynx und des Oesophagus eine zwar hässliche, aber doch deutliche und ziemlich laute Sprache ausgebildet hat, führte W. in der Berliner med. Gesellschaft einen Kr. vor, dem er wegen Kehlkopfcarcinoms vor 2 Jahren den Kehlkopf exstirpirt hat. Der Kr. ist recidivfrei, also als dauernd geheilt zu betrachten und trägt einen nach den Angaben von W. gefertigten künstlichen Kehlkopf, eine Modifikation der Apparate von Gussenbauer und Bruns, der ihn befähigt, mit lauter, deutlicher, modulationsfähiger, der natürlichen durchaus ähnlicher Stimme zu sprechen und laut, rein und richtig zu singen und ihn sogar befähigt, bei seiner Thätigkeit als Zahntechniker stundenlang hintereinander deutlich zu sprechen.

In physikalischer Beziehung ist die durch den künstlichen Kehlkopf erzeugte, der natürlichen so ähnliche Stimme sehr interessant, weil, wie dies Helmholtz selbst hervorgehoben hat, der künstliche Kehlkopf mit der stets gleichen Schwingungsform seiner Stimmbänder den besten Beweis für die Richtigkeit der Helmholtz'schen Vocaltheorie liefert, dass nämlich die Vocaltöne dadurch entstehen, dass die verschiedenen, in dem im Kehlkopf erzeugten Grundton enthaltenen Obertöne, nur durch die verschiedene Formation des Ansatzrohres in verschiedener Weise verstärkt werden.

In praktischer Beziehung besitzt der künstliche Kehlkopf vor der Pseudostimme zweifellos den Vorzug, dass er schon kurze Zeit nach der Exstirpation des Kehlkopfes eingelegt werden und der Kranke nach der Einlegung des Apparates sprechen kann, während die Pseudostimme erst mit vieler Mühe im Verlaufe von Monaten oder Jahren allmählich erlernt werden muss. W. räth daher, die Totalexstirpation des Kehlkopfes immer so einzurichten, dass der Kranke möglichst bald nach der Operation mit dem künstlichen Kehlkopf versehen werden kann.

Rudolf Heymann (Leipzig).

161. **Ueber die akute Osteomyelitis der Wirbel**; von Dr. Morian in Essen. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 48. 1893.)

M. hat 2 Fälle der sehr seltenen primären Wirbelosteomyelitis beobachtet.

Der eine Pat., ein 10jähr. Schüler, erkrankte unter hohem Fieber an sehr heftigen Schmerzen im Kreuze und rechten Fussrücken; die Untersuchung ergab, dass die ganze Lendengegend teigig geschwollen war, in der Höhe des III. und IV. Bauchwirbels eine fluktuirende hühnereigrosse Stelle. Ebenfalls war Fluktuation am rechten Fussrücken unter der gerötheten Haut vorhanden. Beide Abscesse wurden geöffnet, der Knochen, soweit er erkrankt war, fortgenommen. Ungefähr 4 Wochen darauf bildete sich an der Innenfläche des Humerus ein Abscess,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

er wurde eröffnet, der Oberarmknochen aufgemeisselt und mehrere Sequester wurden entfernt. Später war noch eine erneute Sequestrotomie nöthig.

Weniger glücklich endete der 2. Fall, in dem der Kr. unter ähnlichen Erscheinungen seitens der Wirbelsäule, aber unter ungleich schwereren Allgemeinerscheinungen erkrankte. Trotz rechtzeitig ausgeführter Operation trat hier der Tod ein. Richter (Berlin).

162. **Ueber Schiefwuchs (Skoliosis)**; von Generalarzt H. Frölich. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 44. 1893.)

Auf Grund zahlreicher, bei Aushebungen Militärpflichtiger gemachter Erfahrungen kommt F. zu der Ansicht, dass die Hauptursache des Schiefwuchses eine ungleiche Länge der unteren Gliedmassen ist. Die Entwicklung des Schiefwuchses ist demnach erst möglich, wenn das Kind anfängt, zu gehen. Das Wachsthum ist geeignet, die Weiterentwicklung des Leidens zu begünstigen. „Es giebt keinen habituellen Schiefwuchs im bisherigen Sinne. Falsche Körperhaltung kann bei regelmässigem Körperbau Schiefwuchs nicht erzeugen. Sie kann beim Vorhandensein ungleich langer Beine die Anlage zum Schiefwuchs vergrössern oder beim Vorhandensein von Schiefwuchs die Weiterentwicklung des letzteren in der Wachsthumsperiode begünstigen.“ Um der Entwicklung des Leidens vorzubeugen, empfiehlt F. den Hausärzten, in der Zeit, in welcher die Kinder gehen lernen, die Beine zu messen und bei festgestellter Ungleichheit, eine Sohleneinlage für das verkürzte Bein anzuordnen. Ferner soll ein rascheres Wachsthum des verkürzten Beins durch einseitige Gymnastik und durch Electrisiren begünstigt werden.

Brückner (Dresden).

163. **Scoliose symptomatique d'un mal de Pott à apparition tardive**; par le Dr. F. Gendron. (Annal. de la policlin. de Bordeaux III. 17. 1893.)

G. hat ein Mädchen beobachtet, das mit einer Skoliose, die sich sehr rasch entwickelt hatte, aber ohne sonstige Erscheinungen, speciell ohne Schmerzhaftigkeit der Wirbel u. s. w., in Behandlung kam. Nach Anlegung eines geeigneten Apparates und in Ruhelage besserte sich die Deformität, bis 15 Monate später wieder eine Verschlimmerung auftrat und zwar jetzt als ausgesprochenes Malum Pottii. Im Anschlusse an diesen und an einige andere Fälle aus der Literatur macht G. darauf aufmerksam, dass die gewöhnlich angegebenen Symptome für die Diagnose des Malum Pottii nicht genügen und dass im Anfange des Leidens nichts weiter vorhanden zu sein braucht, als eine seitliche Deviation der Wirbelsäule. Eine Skoliose, die bei Ruhelage sehr rasch abnimmt oder verschwindet, muss besonders den Verdacht auf beginnendes Malum Pottii lenken. Richter (Berlin).

164. **Ein Beitrag zur Frage der Ischias scoliotica**; von Dr. W. Sachs in Mühlhausen. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 4. p. 684. 1893.)

Unter Zugrundelegung einer eigenen Beobachtung von schwerer Ischias scoliotica bei einem 49jähr. Manne giebt S. einen Ueberblick über die verschiedenen Theorien, die über dieses Leiden aufgestellt sind (Kocher-Schüdel, Gussenbauer, Gorhan, Nicoladoni, Barbinski u. A.).

Die typische Form der bei Ischias beobachteten Skoliose ist die *gekreuzte Form* mit Erschlaffung des gleichseitigen M. sacrolumbal. und Ueberwiegen des Antagonisten; die sogen. *spastische* und die *alternirende Form* der Skoliose sind seltener.

S. hat sich folgende *Anschauung über das Wesen der gekreuzten Form der Ischias scoliotica* gebildet:

1) Die gekreuzte Form der Ischias scoliotica (Convexität der Lumbodorsal-Skoliose nach der erkrankten Seite) entsteht durch Ausbreitung der Neuralgie vom Plexus sacralis auf den Plexus lumbalis.

2) Die Skoliose kommt zu Stande durch die Funktionsuntüchtigkeit der der kranken Seite entsprechenden Lendenmuskulatur. Die Skoliose bildet sich allmählich aus: a) schmerzhaftes Stadium, b) Stadium der passiv eingenommenen Stellung.

3) Die besagte Funktionsuntüchtigkeit ist bedingt durch den Schmerz, den die dem Plexus lumbalis angelagerten Muskeln bei ihrer Contraktion durch Zerrung der ein- oder angelagerten Nerven hervorrufen.

4) Als Muskeln kommen in Betracht: Quadrat. lumb., Sacrolumbalis, Psoas. Letzterer zur Erklärung der Vornüberneigung des Körpers und der leichten Flexion des Beines der kranken Seite.

5) Die Rotation und Kyphose der Wirbelsäule erklärt S. im Gegensatz zu Schüdel nicht durch Muskelwirkung, sondern durch die veränderte Belastung.

6) Bei der Therapie muss neben der Heilung der Ischias auch die Heilung der Skoliose mittels Suspension und Redression angestrebt werden.

P. Wagner (Leipzig).

165. **Contribution à la chirurgie rachidienne, du drainage vertebral dans le mal de Pott**; par le Dr. E. Vincent. (Revue de Chir. XII. 4. p. 273. 1892.)

V. berichtet über seine Versuche, bei eitriger Wirbelentzündung den Sitz der Eiterung direkt anzugreifen, d. h. die erkrankten Wirbelkörper freizulegen, auszuschaben, von Sequestern zu befreien und schliesslich für einen möglichst vollkommenen Eiterabfluss zu sorgen. Die nöthigen Operationen, die V. allerdings nur für die Brust- und Lendenwirbelsäule angewendet wissen will, sind ausserordentlich eingreifender Natur und die beiden ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten (die Mittheilung weiterer Resultate wird in Aussicht gestellt) sprechen eigentlich nicht sehr zu Gunsten dieser operativen Maassnahmen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Die Freilegung der erkrankten Wirbelkörper nimmt V. von 2 Längsschnitten zu beiden Seiten der Wirbelsäule vor, die etwas nach aussen von den Querfortsätzen liegen; Querincisionen in der Höhe des Gibbus. Bei dorsaler Spondylitis Resektion mehrerer Rippen. Durchschneidung der Intercostalmuskulatur, Verdrängung der Pleura u. s. w.
P. Wagner (Leipzig).

166. **Die Belastungsdeformitäten und ihre Behandlung**; von Tausch. (Münchn. med. Wochenschr. XL. 5. 1893.)

T. hat die Wolff'schen Theorien über die Entstehung der Knochendeformitäten in's Praktische übersetzt und berichtet über die damit erzielten Erfolge. Das Genu varum und valgum behandelte er mit dem Wolff'schen Etappenverbande, einem Gips- oder Wasserglasverbande, der durch einen Keilausschnitt an der einen, durch lineare Durchtrennung an der andern Seite immer auf's Neue beweglich gemacht werden kann und alle 2—3 Tage eine Correktur der Deformität um die Exkursionsbreite des neuen Keilausschnittes erlaubt. Auf diese Weise wurde innerhalb 3 Monaten dauernde Heilung erzielt und schon nach 2—3 Wochen das Auftreten des Kr. mit gerader Extremität ermöglicht. Auch für die Behandlung des Klump- und Plattfusses ist diese Methode anwendbar.

Zur Behandlung der beginnenden Skoliose hat Tausch einen besonderen Stuhl construirt. Durch eine spiralig den Körper umschliessende elastische Binde wird die Uebercorrektion der Kinder bei der Sitzhaltung bewirkt und fehlerhafte Haltung unmöglich gemacht, ohne dabei durch Thoraxeinengung oder cirkuläre Umschnürung des Leibes Beschwerden zu verursachen. Bei fortgeschrittenen Skoliosen empfiehlt T. zunächst die Beseitigung der Contraktur der Wirbelbänder und die Mobilisirung der Wirbelsäule, und erst, wenn dies ganz oder zum Theil gelungen ist, die Anlegung corrigirender Corsete zur Erhaltung der erzielten Stellung.
Richter (Berlin).

167. **Orthopädischer Rückengurt**; von Dr. Popper in Mainz. (Centr.-Bl. f. klin. Chir. XX. 33. 1893.)

Ausgehend von der Thatsache, dass die Mehrzahl der in der Praxis beobachteten Skoliosen einer fehlerhaften Sitzhaltung ihre Entstehung verdankt, hat P. seit Langem danach gestrebt, mit Vermeidung aller Gipscorsete und sonstigen festen Bandagen, dem jugendlichen Wirbelskelete eine die Entwickelung der Muskulatur nicht hemmende passende Stütze zu gewähren.

Der von P. construirte *„orthopädische Rückengurt"* soll zunächst ein Präventivmittel gegen die Neigung jugendlicher Individuen zu schlechter Haltung und ihre Folgen sein; dann aber ist er auch sehr wesentlich geeignet, zur Unterstützung bei orthopädischer Behandlung schon bestehender Skoliosen und Kyphoskoliosen zu dienen.
P. Wagner (Leipzig).

168. **Ein verbesserter Skoliosenapparat**; von Dr. M. Schede in Hamburg. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 3. p. 483. 1893.)

Sch. hat an seinem 1891 vor der Naturforscherversammlung in Halle demonstrirten Apparate zur Behandlung der schweren Skoliosen verschiedene Veränderungen vorgenommen, wodurch der Apparat leichter zu handhaben ist und eine grössere Sicherheit in seiner Wirkung bietet.

Der etwas complicirte Apparat ist ohne Abbildungen kaum verständlich; wir müssen deshalb auf die Originalarbeit verweisen, die 2 gute Bilder enthält.
P. Wagner (Leipzig).

169. **Eine einfache elastische Pelottenbandage gegen Skoliose und einige Bemerkungen zu diesem Leiden**; von Dr. A. Bidder in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 52. 1894.)

B. beschreibt eine von ihm construirte einfache, die Bewegungen des Rumpfes nicht hindernde elastische Pelottenbandage zur Behandlung der rechtsconvexen habituellen Dorsalskoliose.
P. Wagner (Leipzig).

170. **A case of pyloroplasty for non-malignant stenosis of the pylorus**; by Pearce Gould. (Lancet I. 20; May 1893.)

Mittheilung eines Falles von nicht maligner Pylorusstenose, bei welcher die von Heineke-Mikulicz zuerst versuchte Pyloroplastik in Anwendung kam; der Ausgang war günstig.
E. Ullmann (Wien).

171. **On the treatment of complete obstruction of the large intestine by temporary typhlotomy**; by Harrison Cripps. (Brit. med. Journ. Febr. 25. 1893.)

C. empfiehlt in allen Fällen von Verschluss des Dickdarms, wenn hohe Klysmata keinen Erfolg haben und wenn weder der genaue Sitz, noch die Ursache erkannt sind, das Abdomen auf der linken Seite oberhalb der Flexura sigmoidea zu eröffnen. Liegt dieser Darmabschnitt unterhalb der Stenose, so soll die Wunde geschlossen und nunmehr rechts das Coecum aufgesucht werden. Ferner soll in das ausgedehnte Coecum, nachdem es an das Peritonaeum parietale angenäht worden ist, eine schmale Oeffnung gemacht werden, welche später nach Bedarf geschlossen oder erweitert werden kann. Zwei mitgetheilte Fälle erläutern das Verfahren.
E. Ullmann (Wien).

172. **Laparotomie wegen Ileus. Heilung**; von Dr. Edgar Kurz in Florenz. (Münchn. med. Wchnschr. XL. 36. 1893.)

29jähr. Pat. mit den Symptomen einer akuten Darmverschliessung, über deren Sitz und Natur sich nichts Bestimmtes feststellen liess. *Laparotomie* in der Linea alba. Abschnürung einer Dünndarmschlinge durch einen bleistiftdicken, kurzen Strang, der wahrscheinlich durch Ulceration einer Drüse des Mesenterium entstanden war. Durchschneidung des Stranges. Naht der Bauchwunde. *Heilung.*
P. Wagner (Leipzig).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

173. **Observation d'un cas d'obstruction intestinale par cancer du rectum chez une jeune fille de 20 ans**; par Aug. Pollosson. (Lyon méd. IV. 27. 1893.)

P. theilt die Krankengeschichte eines 20jähr. Mädchens mit totaler Darmobstruktion mit. Die Rectaluntersuchung ergab nichts Abnormes. Bei der Laparotomie fand man einen etwa 3 Querfinger breiten Tumor im Rectum, ferner sekundäre zahlreiche Drüsenmetastasen. Es wurde daher von einer Radikaloperation abgesehen und die Colotomie ausgeführt. 2 Monate später starb das Mädchen an einer Pneumonie.

E. Ullmann (Wien).

174. **Ueber den Darmverschluss durch Gallensteine**; von Dr. W. Körte. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 2. p. 331. 1893.)

K. berichtet über 4 eigene Beobachtungen; der Ausgang war 2mal in Heilung (durch Operation herbeigeführt), eine Operirte starb an Erschöpfung, der vierte, nicht operirte Kranke an Peritonitis. Die Erscheinungen des Darmverschlusses setzten bei allen 4 Kranken ganz plötzlich ein und waren gleich vom Beginn an sehr heftig. Unter starken Leibschmerzen trat bald Erbrechen oder Aufstossen ein, das Erbrochene bekam bald eine übelriechende Beschaffenheit. Aus dieser Beobachtung folgt, dass ein die innere Darmwand treffender Reiz, wie ihn der festgeklemmte Stein ausübt, ähnliche Symptome hervorruft wie die Abklemmung des Darmes durch einen Adhäsionstrang oder die Strangulation durch Achsendrehung, und zwar treten heftige Reizerscheinungen schon auf zu einer Zeit, wann die Ernährung der Darmwand noch nicht gelitten hat, und ohne dass eine lokale Peritonitis an der befallenen Darmstelle vorhanden gewesen wäre.

Opiate und Magenausspülung hatten keine Besserung zur Folge, daher glaubte K. nicht lange zuwarten und, trotzdem, dass keine sichere Diagnose gestellt wurde, die Operation ausführen zu müssen. E. Ullmann (Wien).

175. **Zur Casuistik der Laparotomie bei Volvulus der Flexura sigmoidea**; von Dr. E. Kiwull. (Petersb. med. Wchnschr. N. F. X. 49. 1893.)

In den beiden beschriebenen Fällen handelte es sich um Achsendrehung der Flexura sigmoidea; in beiden Fällen war es möglich, aus dem lokalen Meteorismus der strangulirten Schlinge sowohl durch die Adspektion, als auch durch Palpation die Diagnose zu stellen, im 1. Falle sofort auf Achsendrehung der Flexur, im 2. zuerst nur auf Strangulationsileus mit dem wahrscheinlichen Sitze im Colon. Dass im 2. Falle nicht sofort die genaue Diagnose gemacht wurde, hat den Grund darin, dass die um ihre Achse gedrehte geblähte Flexur ziemlich in der Mitte des Abdomen lag, während zu ihren beiden Seiten die Dünndarmschlingen ziemlich gleichmässig vertheilt waren.

Die Detorsion gelang in beiden Fällen erst, nachdem die ganze strangulirte und geblähte Schlinge aus der Bauchhöhle gewälzt worden war. K. hebt hervor, dass man mit Hülfe der v. Wahl'schen Untersuchungen den Volvulus der Flexura sigmoidea genau diagnosticiren kann, dass die einzig zulässige Therapie die Laparotomie und Detorsion, event. bei Gangrän die Resektion und Anlegung eines Anus praeternaturalis ist. Bei Schwierigkeiten in der Reposition nach der Detorsion eines Volvulus der Flexura sigmoidea ist die Punktion, bez. Incision des Darmes zu vermeiden und durch Klysmata eine Entleerung des Darmes zu erzielen.

E. Ullmann (Wien).

176. **Ueber Darmresektionen**; von Dr. Haasler, Assistenzarzt der chirurg. Klinik in Halle a. S. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 2. p. 285. 1893.)

Im 1. Falle handelte es sich um eine sehr ausgedehnte Darmresektion wegen maligner Neubildung an der Valv. Bauhini bei einer 43jähr. Frau. Die Geschwulst griff nur wenig auf das Ileum über und dehnte sich hauptsächlich auf das Colon ascend. aus. Behufs radikaler Exstirpation war es nöthig, das unterste Stück des Ileum mit dem zugehörigen Mesenterium, den Klappentheil, das Colon ascend., die Flexura coli hepatica, ein Stück des Colon transvers. nebst seinem Mesocolon zu entfernen. Es wurde die primäre Darmnaht gemacht, der Darm versenkt, die Nahtstelle tamponirt. Es entwickelte sich eine Darmfistel, welche nach einigen Wochen durch Darmnaht geschlossen wurde. Ein Jahr nach der Operation war keine Spur von Recidiv da.

Der 2. mitgetheilte Fall betrifft einen 15jähr. Jungen, der wegen einer beweglichen Darmgeschwulst mit starken Erscheinungen der Darmverengerung zur Operation kam. Es handelte sich um eine seit Monaten bestehende Invagination des Dünndarms. Bei der Operation wurde, da die Wandung des stark aufgetriebenen centralen Darmabschnittes für eine primäre Vereinigung nach Resektion der verengten Partie nicht mehr geeignet erschien, von dieser Operation abgesehen und nur ein Anus praeternaturalis angelegt und erst 3 Wochen später wurden die Resektion des stenosirten Darmstücks und die Darmnaht mit günstigem Erfolge ausgeführt.

E. Ullmann (Wien).

177. **Experimentelle Untersuchungen über die Heilung des Darmes nach Resektion bei Anwendung Czerny-Lembert'scher Nähte**; von Dr. Walter Rindfleisch. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 3. p. 600. 1893.)

R. schien es von verschiedenen Gesichtspunkten aus wissenswerth, wie die Vereinigung der getrennten Lumina des Darmes sich vollzieht, wie schnell eine Verklebung eintritt und wie lange die definitive Heilung auf sich warten lässt, wie sich das Nahtmaterial verhält, und Anderes. Seine Untersuchungen beschränken sich auf Resektionen von verschiedener Ausdehnung am Dünndarm des Hundes. In der Regel sind ca. 10—15 cm Darm entfernt worden. Bei der Operation ist rein aseptisch verfahren worden. Der Darm wurde in der Ausdehnung der Resektion zunächst mit Gummiligaturen abgebunden, dann beiderseits durchtrennt und genäht. Dabei wurde keine Irrigation angewendet. Die Heilung am Darm ist in allen Fällen glatt verlaufen; die Bauchwunde ist einmal vereitert. Opiate

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

sind bei der Nachbehandlung nicht in Anwendung gekommen. Es ist bei der Ernährung der Hunde lediglich darauf gesehen worden, dass im Futter keine Knochen vorhanden waren, sonst haben die Hunde das gewöhnliche Futter erhalten. Bei der Operation ist stets mit Morphium und Chloral narkotisirt worden.

Nach Verlauf bestimmter Zeitabschnitte erfolgten die Tödtung des Hundes (2mal erfolgte der Tod spontan), die Excision und die mikroskopische Untersuchung der Nahtstellen. Es sind so Präparate nach 2, 4, 8, 21, 86, 106, 130 Tagen gewonnen worden, welche R. des Näheren beschreibt.

Aus diesen Untersuchungen ergab sich, dass durch die Naht nach Czerny-Lembert die Schnittflächen der Mucosae glatt aneinander gerathen, ohne einer besonderen Vereinigung zu bedürfen, und zwar ist die Czerny'sche Knotung dabei wesentlich, denn mit der einfachen Lembert'schen Naht können Diastasen und Ueberlagerungen der Schleimhaut entstehen. Berühren sich die Wundflächen der Schleimhaut, so tritt sofort eine Verklebung ein. Die Tunica propria der einen verbindet sich mit der der anderen Seite und es braucht keine Spur ihrer Trennung zurückzubleiben, auch mit dem Mikroskop lässt sich die Stelle der Anlagerung später nicht mehr feststellen. Bei guter Adaptation der Mucosaschnittfläche durch den Czerny'schen Knoten tritt also eine nahezu ideale Prima intentio ein.

Die Submucosa spielt bei der Darmnaht im Momente der Anlegung der Naht eine sehr wichtige Rolle, während sie bei der Heilung der Naht durch ihre geringe Theilnahme an allen entzündlichen regenerativen Vorgängen auffällt. Wenn eine Naht besonders haltbar sein soll, so muss sie die Submucosa mit fassen, und zwar wird sie um so fester, je querer sie zur Längsrichtung des Darmes steht.

An vielen Präparaten war kurz hinter der Nahtstelle eine wellen- oder wulstförmige Erhebung der ganzen Darmwand zu sehen. Auf der Kuppe dieser Erhebung in der Submucosa hatte sich ein dichtes Netz grosser Capillargefässe ausgebildet, so dass diese Stelle der Submucosa beinahe einen cavernösen Bau bekommen hatte.

Die Muscularis giebt nach zwei Gesichtspunkten einen feinen Maassstab für eine gut angelegte Naht. Erstens äussert sich der Grad der Adaptirung der Wundflächen entweder in einer breiten bindegewebigen Narbe bei ungenügender Adaption oder in dem ununterbrochenen Anschluss von Muskel an Muskelfaser; zweitens reagirt die Muskelschicht des Darmes ziemlich fein auf entzündliche Reize, ob sie nun von antiseptischer oder septischer Seite herrühren. Die Regeneration des Muskelgewebes ist nicht so reichlich, dass sie selbst schmale Brücken von einigen Millimetern bilden könnte, immerhin ist eine geringe Regeneration nicht auszuschliessen. Wenn aber Muskelwunde an Muskelwunde zu liegen kommt, vereinigen sich die getrennten Gewebe eventuell derart, dass ein ununterbrochener Faserverlauf die Narbe selbst mikroskopisch unkenntlich macht, und das spricht dafür, dass die verletzten Muskelzellen nicht zu Grunde gehen, und erlaubt eine erhöhte Sicherheit in der Annahme, dass die Regeneration des Muskelgewebes durch Bildung kurzer Sprossen in dem Sinne der ursprünglichen Richtung statthat.

Die Serosa vereinigt in ihrem Verhalten während der Heilung den grössten Vorzug und den grössten Nachtheil. Sie trägt einerseits das Princip der Naht, andererseits bildet sie den Grund unangenehmer und auch gefährlicher Lageveränderungen durch diese Adhäsionen.

Die Seidenfäden hatten eine dünne Hülle, die in normalem Gewebe lag und keine Zeichen einer wesentlichen Infiltration an sich trug. Eine Auflösung des Fadens und Verschleppung der Fasern in die Nachbarschaft konnte nie festgestellt werden.

E. Ullmann (Wien).

178. **Les blessures de la vessie pendant la laparotomie**; par E. Loumeau. (Ann. de la Policlin. de Bordeaux III. 17. 1893.)

Eine recht lesenswerthe Arbeit, die sich in eingehender Weise mit der Aetiologie, pathologischen Anatomie, Prognose, Diagnose und Behandlung der Blasenverletzungen während der Laparotomie befasst und durch eine sehr ausführliche Literaturübersicht ausgezeichnet ist. L. kommt darin zu folgenden Schlüssen:

1) Die 75 in der Literatur niedergelegten Fälle betreffen ausschliesslich Frauen und sind bei Ovariotomien oder Uterusexstirpationen passirt. Die Verlagerungen der Blase oder Adhärenzen des Organs bei Tumoren lassen ein solches Missgeschick erklärlich erscheinen. 2) Die Verletzungen bewegen sich in den weitesten Grenzen, von einem kleinen Einschnitt an bis zur Resektion eines grossen Theiles der Blasenwand. 3) Klinische, wie experimentelle Erfahrungen lassen die Prognose gut erscheinen. 4) Um nicht durch üble Ereignisse überrascht zu werden, ist es wichtig, *vor* jeder Laparotomie die Blase genau mit Sonde und Katheter abzutasten und sich über eventuelle Lageveränderungen zu orientiren. 5) Die Therapie hat möglichst für vollständigen Blasenverschluss durch die Naht zu sorgen, eventuell verbunden mit Blasendrainage. Bei sehr ausgedehnten Defekten muss man versuchen, den Verlust durch Blasenplastik zu decken.

Richter (Berlin).

179. **Die Blasennaht und die Sectio alta**; von Prof. Albert in Wien. (Wien. med. Presse XXXV. 1. 2. 1894.)

A. hat gelegentlich der ersten von ihm ausgeführten Operation bereits vor 18 Jahren die Ueberzeugung vertreten, der hohe Steinschnitt mit Blasennaht müsse als das normale Verfahren der Cystotomie angesehen werden. Nach 18jähr. Mit-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

arbeiterschaft in dieser Frage ist er etwas skeptischer geworden. Die Erreichung der Prima intentio bei der Blasennaht hält er zur Zeit noch für einen frommen Wunsch; deswegen soll aber die Blasennaht durchaus nicht aufgegeben werden. Die Sectio alta steht und fällt nicht, wie man gemeint hat, mit der Naht, sondern auch das Compromissverfahren von Dittel (Naht mit Drainage) und die Sectio alta ohne Naht behalten ihren Werth. Durch eine entwickeltere Technik (hier macht A. besonders aufmerksam auf Anlegen einer grossen Wunde, damit Steine extrahirt werden können, ohne die Wundränder zu quetschen; wo das nicht zu umgehen ist, soll die Wunde in der bei Blasenscheidenfisteln üblichen Art angefrischt werden) wird sich die Anzahl der Fälle vermehren lassen, in welchen Prima intentio eintritt oder die Naht erst zu einer Zeit aufplatzt, wo Urininfiltration nicht mehr droht. Richter (Berlin).

180. **Zur Casuistik der Sectio alta und mediana**; von Dr. Habs. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 1. 1893.)

Die Casuistik bezieht sich auf das Material von Hagedorn im Magdeburger Krankenhause und umfasst 79 Fälle; 12mal wurde die Sectio alta, 67mal die Sectio mediana ausgeführt. Hervorzuheben ist, dass bei der Sectio alta nur in 2 (von 91 Fällen) mit der Blasennaht ein idealer Verschluss erzielt wurde, meist sickerte bald nach der Operation der Urin durch, ohne dass jedoch je (die Pat. wurden in solchen Fällen in ein permanentes Wasserbad gelegt) eine Urininfiltration eintrat oder eine Fistel zurückblieb. Auch bei der Sectio mediana, die Hagedorn bis 1893 mit der galvanokaustischen Schlinge, von da ab blutig ausführte, wurde mit günstigstem Erfolge das permanente Wasserbad angewendet. Die Lithotripsie ist nur in *einem* Falle versucht worden. Einzelheiten der interessanten Statistik, die sich über einen Zeitraum von fast 20 Jahren erstreckt und die operativen Wandlungen auf diesem Gebiete treu wiederspiegelt, müssen im Originale nachgelesen werden. Richter (Berlin).

181. **Fremdkörper in der Blase; Kystoskopie; Extraktion auf natürlichem Wege**; von Dr. Brik in Wien. (Wien. med. Presse XXXV. 1. 1894.)

Der Fremdkörper war ein abgebrochenes Katheterstück, verschiedene Versuche, ihn mit einem dünnen Ramasseur zu erfassen und herauszubringen, misslangen. Es wurde nun die Cystoskopie gemacht; sie ergab, dass das Fragment schief gelagert war und das Vesikalende des Katheters links neben dem Blasenhalse sich befand. Nachdem man so über die Lage des Stückes orientirt war, wurde die Extraktion per vias naturales leicht bewerkstelligt, ohne dass eine Narkose nöthig war. Hinterher wurde eine prophylaktische Blasenwaschung mit Arg. nitr. 1:1000 vorgenommen, der weitere Verlauf war völlig reaktionslos.

Der Fall illustrirt die Wichtigkeit der Cystoskopie. Im Falle des Misslingens zieht Br. dem Zerbrechen des Instrumentes mit dem Lithotryptor und der Herausbeförderung in Stücken die blutigen Operationen vor, und zwar hält er die Sectio alta für die rationellste Methode, während die ältere Chirurgie sich noch der Sectio mediana bedient. Richter (Berlin).

182. **Ueber Fremdkörper der Harnröhre und Blase**; von Dr. Prochnow in Pest. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 48. 49. 1893.)

Drei derartige Fälle, welche Pr. in der Kovacz'schen Klinik beobachten konnte, haben ihm Veranlassung gegeben, über diesen, in den Lehrbüchern auch der Specialliteratur meist recht stiefmütterlich behandelten Gegenstand Umschau zu halten. Die Curiositäten, welche Pr. zusammengetragen hat, sind recht interessant zu lesen, zumal sich auch werthvolle Bemerkungen über die Veranlassung der Fremdkörper zur Steinbildung, ihre Diagnose und operative Entfernung finden. So werden ausführlich die verschiedenen, zur Extraktion angegebenen Instrumente besprochen, es werden die Indikationen zu blutiger Entfernung durch Eröffnung der Blase abgewogen, wobei Pr. sich durchaus nicht als unbedingten Anhänger der Sectio alta bekennt, sondern für Fremdkörper, die der inneren Harnröhrenmündung nahe liegen, die Sectio perinaealis empfiehlt. Fremdkörper der weiblichen Blase sind natürlich viel leichter zu entfernen, hier gelingt es meist, unter Leitung des Fingers, ein Instrument einzuführen und den Fremdkörper zu erfassen.

Von den 3 von Pr. beobachteten Fällen betraf einer eine Frau, die sich ein Holzstäbchen in die Urethra eingeführt hatte. Es wurde mit dem Lithotryptor gefasst und extrahirt; der Fall endete tödtlich.

Im zweiten Falle wurde, ebenfalls mittels des Lithotryptors, ein Kreuzerstück aus der Blase eines 34jähr. Mannes entfernt.

Bei dem dritten Pat., bei dem es sich um ein spitzes, beinernes Stäbchen in der Blase handelte, musste nach mehreren vergeblichen Extraktionsversuchen die Sectio perinaealis gemacht werden.

Der Arbeit ist ein ausführliches Literaturverzeichniss beigegeben. Richter (Berlin).

183. **Litholapaxy in male children and boys**; by Brigade-Surgeon Lieutenant-Colonel Keegan, Indore (India). (Lancet I. 21; May 1893.)

K.'s Ausführungen sind insofern interessant, als das von ihm benutzte Material nur Kinder betrifft (50 Kr. im Alter von 2—3 Jahren) und aus Indien stammt; die Mortalität betrug 2.7%. Ausserdem stellt er sämmtliche ihm bekannten, in Indien ausgeführten Lithotripsien zusammen: 663 Fälle mit 2% Mortalität. Der Lithotripsie ist nach K. vor der Lithotomie der Vorzug zu geben; Gefahrlosigkeit und schnellerer Verlauf sind die Hauptvorzüge der Zertrümmerung. Es ist bemerkenswerth, dass auch namhafte Chirurgen sich allmählich dem unblutigen Verfahren nähern. Hinsichtlich der Technik findet sich in der Arbeit nichts Neues. K. operirte in einer Sitzung, selbst wenn ihre Dauer sehr lang ist. Das Zurückbleiben ganz kleiner Steintrümmer hält er deshalb

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

für belanglos, weil diese meist durch den ersten Harnstrahl eliminirt werden. K. kam nur 2mal in die Lage, den Steinschnitt zu machen.

Richter (Berlin).

184. **Unterbindung der Artt. iliacae internae gegen Prostatahypertrophie**; von Dr. A. Bier in Kiel. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 32. 1893.)

Die Thatsache, dass man gutartige Muskel-, Drüsen- und Bindegewebegeschwülste durch eine blosse Beschränkung der Blutzufuhr, die die Funktion der befallenen Theile nicht zu beeinträchtigen braucht, zum völligen Verschwinden oder wenigstens zu erheblicher Verkleinerung bringen kann, hat B. zu dem Versuch bewogen, auch bei der Prostatahypertrophie durch Unterbindung der zuführenden Gefässe die Geschwulst und damit das Hinderniss für die Harnentleerung zu beseitigen.

Anatomische Erwägungen liessen es von vornherein ausgeschlossen erscheinen, die zur Prostata verlaufenden kleinen und noch dazu in ihrem Ursprunge und Verlaufe mannigfache Varietäten darbietenden Arterien einzeln aufzusuchen und zu unterbinden. Das einzige Mittel, um wirksam die Blutzufuhr zur Prostata zu beschränken, ist die Unterbindung des Stammes der gleichseitigen Art. iliaca int. bei der seltenen, hauptsächlich auf einer Seite sitzenden Hypertrophie; beider Arterien bei der gewöhnlichen allgemeinen Hypertrophie der Prostata. B. nimmt die Unterbindung der Arterie unmittelbar unter ihrer Abzweigung von der Art. iliaca comm. vor, und zwar extraperitonäal. Irgend eine Cirkulationstörung hat er auch nach Unterbindung beider Art. iliacae int. nicht beobachtet. Er hat seine Methode bisher in 3 Fällen ausgeführt. Der 1. Patient erlag mehrere Tage nach der Operation einer septischen Peritonitis: die Unterbindung der Art. iliaca int. war transperitonäal vorgenommen worden. In den beiden anderen Fällen war die Abnahme der Prostatageschwulst so auffällig und stark, dass eine Täuschung völlig ausgeschlossen ist. Bei beiden Kranken stellte sich bald nach der Unterbindung wieder spontane Harnentleerung ein; die Menge des Residualharns nahm stetig ab; der Harnstrahl verstärkte sich.

„Ob alle Prostatahypertrophien derart prompt auf die Unterbindung der Artt. iliacae int. reagiren, lässt sich bei den wenigen Beobachtungen, ob die Prostata in späterer Zeit nicht wieder von Neuem wächst, bei der Kürze der Beobachtungszeit nicht entscheiden. Immerhin aber sind die Erfolge in unseren Fällen bis jetzt derartige gewesen, dass wir diese Behandlungsmethode Aerzten, die gleich uns von der bisherigen Therapie der Prostatahypertrophie durchaus unbefriedigt sind, wohl mit Recht zur Nachprüfung empfehlen können, wenigstens wenn es sich um frischere Fälle mit der zum 1. Mal eintretenden Harnverhaltung handelt, wie das bei unseren Pat. der Fall war."

P. Wagner (Leipzig).

185. **Ueber das sogenannte Dérangement interne der Gelenke**; von Dr. Messner in München. (Berl. Klinik 65. 1893.)

„Unter Dérangement interne der Gelenke versteht man in der Chirurgie Störungen in der Funktion der Gelenke, die meist durch ein Trauma hervorgerufen worden sind, über deren pathologisch-anatomische Grundlage man sich aber im einzelnen Fall nicht im Klaren ist, so dass man sie keiner der gewöhnlichen Rubriken der Gelenkaffektionen, wie z. B. Contusion, Distorsion, Luxation oder Subluxation u. s. w. zuweisen kann."

Das Krankheitsbild ist in den meisten Fällen sehr übereinstimmend und setzt sich in der Hauptsache aus einer sehr grossen Schmerzhaftigkeit und der Fixation des Gelenkes in einer bestimmten Stellung, und zwar meistens in einer Flexionstellung, zusammen. Es sind dies dieselben Erscheinungen, die sich bei den in die Gelenkspalte eingeklemmten Gelenkmäusen finden.

Den Bestrebungen in den letzten 2 Jahrzehnten ist es gelungen, 2 Gruppen von Gelenkaffektionen aus dem Sammelbegriff des Dérangement interne auszuscheiden, und die eine als *Abreissung oder Luxation der Semilunarknorpel des Kniegelenkes, die andere als Kapselfalteneinklemmung der Gelenke* besser und genauer zu bezeichnen. Die Luxation eines Semilunarknorpels wird selten beobachtet: es sind im Ganzen erst 44 Fälle in der Literatur beschrieben. M. vermehrt diese Zahl um 2 Fälle: einen in der v. Volkmann'schen Klinik und einen an sich selbst beobachteten. Namentlich die an seiner eigenen Person beobachtete Subluxation des inneren Meniscus ist sehr interessant. Eine der Subluxation der Semilunarknorpel des Knies analoge Verletzung, die man früher ebenfalls dem Dérangement interne zugezählt hat, ist eine besonders bei Kindern häufig vorkommende *Affektion des Handgelenkes,* die wir nach Goyrand jetzt besser und genauer als *Subluxation der Cartilago triangularis nach vorn auf die Ulna* bezeichnen. M. kann diese Hypothese Goyrand's nicht so allgemein anerkennen; er glaubt vielmehr, dass es sich in vielen Fällen namentlich bei Erwachsenen um die *Einklemmung einer Kapselfalte in der Gelenkspalte* handelt. Die Haupterscheinungen dieser Kapseleinklemmung: grosse Schmerzhaftigkeit bei Bewegungsversuchen und Fixation der Gelenke in einer bestimmten Stellung werden leicht in Narkose beseitigt und darauf erfolgt eine vollständige Restitutio ad integrum. Recidive werden nicht beobachtet (zum Unterschied von Gelenkmäusen).

Der Diagnose „Kapselfalten-Einklemmung" fehlt bis jetzt die Unterlage eines pathologisch-anatomischen Beweises; experimentell konnte M. die Einklemmung nicht erzeugen. Physiologisch steht einer solchen Einklemmung nichts im Wege. Zwei hierhergehörige klinische Beobachtungen theilt M. mit.

P. Wagner (Leipzig).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

186. **Die traumatische laterale Luxation des Radiusköpfchens**; von Dr. P. Schröter in Pabianica. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 4. p. 809. 1893.)

Von den 3 Formen der Verrenkung des Radiuskopfes ist die laterale die seltenste; die Zahl der bisher beobachteten Fälle von lateraler, isolirter traumatischer Luxation ist sehr gering; häufiger kommt sie zusammen mit Knochenverletzungen vor. Aus der Reihe dieser letzteren Verletzungsarten sind 2 Formen herauszugreifen, die wohl als besondere Typen hinzustellen sind, da ihnen ein typischer Mechanismus zu Grunde liegt: 1) laterale Luxation des Radiusköpfchens mit Fraktur der Ulna im oberen Drittel und 2) laterale Luxation des Radiusköpfchens mit Fraktur desselben. Die wenigen bekannt gewordenen Fälle dieser Verletzungen hat Schr. in Tabellenform zusammengestellt; eine eigene Beobachtung von isolirter traumatischer Luxation wird genauer mitgetheilt.

Was die *Aetiologie* und den *Mechanismus* der *isolirten* lateralen Luxation anlangt, so ist zunächst hervorzuheben, dass sie am leichtesten bei Kindern eintritt, wo die anatomischen Verhältnisse das Eintreten dieser Verletzung direkt begünstigen. Eine laterale Dislokation des Capitulum radii entsteht aus der combinirten Wirkung von Pronation, Extension und seitlichen Inflexionen im Cubitalgelenke.

Die laterale Luxation des Radiuskopfes mit Fraktur der Ulna im oberen Drittel entsteht meist durch eine direkte Gewalt (Schlag auf die mediale Seite des Vorderarms) oder durch eine direkte und indirekte Gewalt (Anstoss auf einen festen Körper mit der medialen Seite des Vorderarms und Fall auf die vorgestreckte Hand).

Die laterale Luxation des Radiuskopfes mit Fraktur desselben entsteht durch eine von oben oder unten her einwirkende indirekte Gewalt.

Die *Symptome* der lateralen Ellbogenluxation sind sehr deutlich, mag sie isolirt oder mit den oben erwähnten Frakturen complicirt sein. Die *Diagnose* ist in keiner Weise schwierig. Die *Prognose* ist im Allgemeinen keine günstige.

Therapeutisch kommen bei Unmöglichkeit der Reposition, bez. der Retention die Arthrotomie und die Resektion in Frage. P. Wagner (Leipzig).

187. **Zur Casuistik der Talusluxationen**; von Dr. C. Schlatter in Zürich. (Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 80. 1894.)

Schl. berichtet über 3 in der Züricher chirurgischen Klinik binnen Jahresfrist beobachtete Fälle von *completer Luxation des Talus.*

1) 21jähr. Mann. *Offene Luxation des rechten Talus nach innen. Exstirpatio tali. Heilung.* Rechte Fussgelenkgegend stark verdickt. Fuss beinahe vollständig ankylotisch in rechtwinkliger Stellung zum Unterschenkel; sehr geringe Beugungsmöglichkeit. Der Kr. entzog sich der weiteren Beobachtung.

2) 38jähr. Mann. *Offene Luxation des linken Talus nach aussen. Reposition des Talus. Heilung mit ausgezeichneter Funktion.*

3) 45jähr. Mann. *Subcutane Luxation des rechten Talus nach vorn aussen. Reposition. Heilung mit sehr guter Funktion.*

Die Epikrise enthält Bemerkungen über die *Entstehung* und *Behandlung* der Talusluxationen, von denen namentlich die letzteren von besonderer praktischer Wichtigkeit sind. Die im Vergleich zur Exstirpation weitaus glücklicheren Erfolge der Reposition müssen die heutige Chirurgie verpflichten, bei offenen Talusluxationen, wo keine anderweitigen zwingenden Contraindikationen vorliegen, die Reposition mit allen ihr zu Gebote stehenden Mitteln (genügende Freilegung des luxirten Knochens, Sehnendurchtrennungen u. s. w.) zu erstreben. Gelingt sie nicht, dann bleibt immer noch die Exstirpation. Untersuchungen, die Schl. über die Blutzufuhr zum Talus angestellt hat, haben mit Sicherheit ergeben, dass seine Ernährungsverhältnisse weit besser sind, als man nach gelegentlichen Literaturangaben anzunehmen pflegt. Jedenfalls kann man in einem gegebenen Falle, wo die Reposition einzig von Ernährungsbedenken abhängt, kühner zu Werke gehen, als man es nach den herrschenden anatomischen Ansichten bisher gewagt hat. P. Wagner (Leipzig).

188. **Ueber Compressionsbrüche des Fersenbeines**; von Ferdinand Bähr in Karlsruhe. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. 84. 1893.)

B. hat im Verlaufe von etwa 3 Jahren 14 Kr. mit Fractura calcanei beobachtet. Die einzelnen Krankengeschichten werden kurz angeführt. B. ist der Meinung, dass Fersenbeinbrüche viel häufiger seien, als dies bisher angenommen wurde, dass sie aber vielfach verkannt und als Verstauchungen, Knöchelbrüche u. dgl. ausgegeben werden.

Der Fersenbeinbruch entsteht meist durch Sprung oder Sturz aus der Höhe aufrecht auf die Füsse.

Als beständige *Erscheinungen* des Fersenbeinbruches, die für alle Fälle zutreffen, bezeichnet B. die Schwellung, die immer deutlich an die abwärts vom Fussgelenk gelegene Partie gebunden ist; die Druckempfindlichkeit des Fersenbeins; die Behinderung des Talodorsalgelenkes; die heftige Schmerzhaftigkeit beim Gehen, die immer unterhalb des Talocruralgelenkes, in der Mehrzahl der Fälle nach unten und vorne vom Malleol. ext. gelegt wird; und schliesslich die langsame Wiederherstellung.

Eine Verbreiterung des Fersenbeines, ein Zusammengesunkensein des Fussgewölbes und eine Abplattung des Fusses findet sich fast nur bei Compressionsfrakturen mit mehr oder weniger ausgedehnter Splitterung.

Je nach der Stellung, in welcher der Fuss den Boden erreicht, wird die Verletzung einzelne Theile

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

des Fersenbeines schwerer treffen. B. macht hierbei auch auf die isolirten Frakturen des Sustentaculum tali, sowie auf eine Fraktur des besonders stark entwickelten Proc. inframalleolaris s. trochlearis aufmerksam, Frakturen, die zum Theil die gleiche Aetiologie, wie die Compressionsbrüche haben.

Die Behandlung der nicht durch eine äussere Wunde complicirten Compressionsbrüche des Fersenbeines muss immer im festen Gipsverbande bestehen. Dieser Verband muss möglichst lange liegen bleiben, um eine feste Vereinigung der Knochenstücke zu erreichen. Das frühe Gehen und Stehen muss peinlich vermieden werden. Auch bei zweckentsprechender Behandlung bedingen die Compressionsbrüche des Fersenbeines meist eine lange Beeinträchtigung der Funktion des Fusses, in vielen Fällen ganz erheblichen Grades.

P. Wagner (Leipzig).

189. **The treatment of severe club-foot**; by W. J. Walsham. (Brit. med. Journ. Febr. 18. 1893.)

W. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Bei starkem Klumpfuss soll unser Bestreben darauf gerichtet sein, mehr die Knochendeformität zu behandeln, als eine Streckung der Weichtheile an der inneren Fussseite herbeizuführen. 2) Nach Correktion der Varusstellung und Durchschneidung der Achillessehne soll der Fuss gegen den Unterschenkel in einem rechten Winkel fixirt werden; so wird die Gefahr vermieden, dass die Sehnenfragmente sich nicht vereinigen. 3) Ist trotz der Tenotomie eine Fixation unter rechtem Winkel nicht möglich, so liegt meistens eine Deformität des Talus vor. 4) Diese muss Gegenstand eines operativen Eingriffes werden. 5) Zu einem blutigen Eingriff soll man jedoch erst schreiten, nachdem man erfolglos die übrigen orthopädischen Methoden versucht hat. Die Herausnahme der deformirten Tarsusknochen ist von allen vorgeschlagenen die empfehlenswertheste Operation.

Richter (Berlin).

190. **A contribution to the anatomy of congenital equino-varus**; by Herbert J. Barrel, Boston. (Ann. of Surg. March 1893.)

B. giebt die anatomische Beschreibung eines Pes equinovarus, welchen er bei einem im 7. Mon. geborenen Kinde fand, das nur 4 Std. gelebt hatte. Das Leiden war nur linkseitig, eine Correktion mit der Hand nicht möglich; bei dem Versuche geriethen Achillessehne, sowie Flexoren in Spannung. Die Haut, welche diese Muskeln bedeckte, war mit ihnen fest verwachsen. Die Knochendeformitäten betrafen hauptsächlich den Talus und den Calcaneus; sowohl ihre einzelnen Durchmesser, wie ihre Gelenkflächen zeigten bedeutende Abweichungen von der Norm.

Der Beschreibung sind 4 Photographien der sorgfältig angefertigten Sektionspräparate beigegeben.

Richter (Berlin).

191. **Ueber den Keratoconus**; von Dr. Elschnig in Graz. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. Febr. 1894.)

Die Arbeit enthält ausser einer Krankengeschichte eine übersichtliche Zusammenstellung der bisher bekannten Ansichten über die Entstehungsart des Keratoconus und dessen verschiedene Behandlungsweisen. Was letztere betrifft, so hält E. für die beste die Kauterisation der Spitze des Keratoconus zugleich mit der Kauterisation eines kleinen Streifens von der Hornhautmitte bis zum Rande, weil die Narbe um so schneller und dichter zu Stande kommt, je früher eine reichliche Vaskularisation vom Randschlingennetze her erfolgt. Eine Eröffnung der vorderen Kammer bei der Kauterisation ist überflüssig, wenn auch nicht schädlich. Versuche am Kaninchenauge zeigten, dass nach Abkratzen des Endothels der Membrana Descemeti sich eine Vorbauchung des Hornhautcentrum bildete, die aber bald wieder verschwand.

Lamhofer (Leipzig).

192. **Ueber partielle Keratoplastik**; von Dr. Fröhlich in Berlin. (Arch. f. Augenhkde. XXVII. 1. 2. p. 99. 1893.)

F. versuchte wiederholt durch theilweise Ausschneidung des getrübten Hornhauttheiles und Ueberpflanzung von Kaninchenhornhaut genau nach der Methode v. Hippel's eine Besserung des Sehvermögens herbeizuführen. Der Lappen heilte zwar an, blieb aber trübe. Da auch dann noch, wenn er durchsichtig bliebe, die darunter liegende Hornhautschicht dem Lichte nicht genügend Durchgang gewährte, so schlägt F. vor, nach Herausnahme des Hornhautlappens mit dem Trepan noch eine Kauterisation mit ganz feinen glühenden Platinschlingen vorzunehmen, einerseits, um zu sehen, ob man noch weiter in der Tiefe auf durchsichtiges Hornhautgewebe stosse, andererseits, um die Blutgefässe zu obliteriren, die in dem trüben Gewebe vorhanden sind. Lamhofer (Leipzig).

193. **A case of spindle-cell sarcoma of the iris**; by G. E. Williamson. (Brit. med. Journ. Dec. 2. p. 1204. 1893.)

W. fand in dem unteren äusseren Theil der Regenbogenhaut eines 14jähr. Mädchens eine Geschwulst, die seit 6 Mon. ungefähr bestand. Da eine Entfernung der festgewachsenen Geschwulst durch Iridektomie nicht möglich war, nahm W. 4 Tage nach dem Versuche das Auge heraus. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass die Neubildung ein Spindelzellensarkom war. Dabei fanden sich an dem vor 4 Tagen gemachten Hornhautschnitte einige umschriebene Epithelnester, also die Zeichen frischer Infektion des Schnittes. W. macht daher darauf aufmerksam, wie vorsichtig man bei Entfernung von Krebsgeschwülsten im Rectum u. dgl. sein müsse, um mit dem Messer nicht in normale Gewebe Krebskeime zu übertragen.

Lamhofer (Leipzig).

194. **Ein bemerkenswerther Fall von Iris-Cysten-Bildung**; von Prof. Eversbusch in Erlangen. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Dec. 1893.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Ein 17jähr. Mädchen, das vor 3 Jahren mit einem spitzen Griffel in das rechte Auge gestochen worden war, zeigte bei der Untersuchung in der Klinik eine über die Hälfte der Augenkammer ausfüllende Iriscyste. Das Sehvermögen war bis auf Erkennen von Fingern in 1.5 m herabgesetzt; die Bindehaut stark injicirt, die Spannung erhöht. Nach Eserineinträuflung verschwanden Injektion und Spannung. Zugleich war durch die Pupillenverengerung ein Einriss in der Cystenwand entstanden und dadurch eine so bedeutende Verkleinerung der Blase und Verbesserung des Sehvermögens, dass die Kranke aus der Klinik entlassen wurde. Der Einriss heilte jedoch bald wieder und die Blase wurde grösser als vorher. Myotica hatten keinen Erfolg mehr. E. ging daher mit einer Lanze durch die Hornhaut auf die Spitze der Blase zu, machte mit der Lanze in die Blasenkuppe einen mehrere Millimeter langen Einschnitt, führte dann durch die Hornhautwunde eine *Wecker*'sche Iridotomie-Scheere, deren stumpfe Branche hinter die Rückwand der Cyste zu liegen kam, und bewirkte durch einen Scheerenschlag eine dreieckige, keilartig sich erweiternde Spalte. Die Heilung erfolgte schnell. Die Cystenwandzipfel zogen sich zurück, die Pupille war etwas unregelmässig birnförmig, das Sehvermögen normal. Lamhofer (Leipzig).

195. **Zur Erklärung der transitorischen Myopie bei Iritis nebst Bemerkungen über die diabetische Kurzsichtigkeit**; von Dr. Schapringer in New York. (New Yorker med. Mon.-Schr. V. 2. p. 423. 1893.)

Es wurde schon wiederholt auf die bei Iritis vorkommende Erhöhung der Refraktion des Auges, die 1—2 Dioptrien betragen kann, aufmerksam gemacht und als Grund dafür Volumzunahme des vorderen Theiles des Glaskörpers, Aenderung der Hornhautkrümmung durch Zukneifen der Lider, Krampf des Ciliarmuskels u. dgl. angegeben. Oliver rieth, wegen des vermeintlichen Muskelkrampfes die Augen auch noch nach Beendigung des Reizzustandes längere Zeit zu atropinisiren. Das ist nach Sch. vollkommen überflüssig, denn Schuld an der Myopie trage allein das Kammerwasser, das durch gelöstes Fibrin eine höhere Concentration und damit stärkere Brechkraft erlange. Nach seiner Berechnung entspricht eine Zunahme des Brechungsindex des Kammerwassers um nur 0.01 schon einer Refraktionszunahme von 1 D. Umgekehrt würde eine Zunahme des Brechungsindex des Glaskörpers nach optischen Gesetzen eine Verringerung der Refraktion des Auges bewirken.

Auch die bei Diabetes öfter vorkommende Kurzsichtigkeit ist nach Sch. eine „Index-Myopie", da hier schon wiederholt im Kammerwasser, aber nicht im Glaskörper Zucker nachgewiesen werden konnte. Lamhofer (Leipzig).

196. **Ueber den Einfluss des Verschlusses der Arteria ophthalmica und der Carotis auf das Sehorgan**; von Dr. Anton Elschnig in Graz. (Arch. f. Ophthalm. XXXIX. 4. 1893.)

E. sucht den Einfluss des Carotisverschlusses darzulegen, auf Grund zweier pathologisch-anatomischen und klinischen Befunde, sowie auf Grund seiner angestellten Versuche.

Bei einer 51jähr. Pat. bestand in Folge von Endaortitis chronica vollständige Verstopfung und Thrombosis der Carotis communis et intern. sin. bis über die Arteria ophthalmica hinaus, während die Carotis externa sin., durch ihre Anastomosen gespeist, normal freies Lumen bewahrt hatte.

Bei einer 76jähr. Pat. war vollständige Thrombose der Carotis interna sin. und des Anfangstückes der Ophthalmica sin. eingetreten.

Bei beiden Kr. war der Augenspiegelbefund ganz normal; die *Sektion* ergab keine Veränderung in der Blutfüllung der Augen.

Durch Injektionsversuche an menschlichen Köpfen stellte E. fest, dass bei eröffnetem und uneröffnetem Schädel nach Abtrennung der Art. ophthalmica von der Carotis interna es in ganz kurzer Zeit, innerhalb einer Minute, gelingt, von einer Carotis ext., ja selbst von einer Maxillaris ext. aus die Gefässe der Augenhöhle und des Augapfels der gleichen und auch der anderen Seite zu füllen.

Aus all Dem zieht E. den Schluss, dass ein langsamer Verschluss der Art. ophthalmica, der Carotis int. und selbst der commun. ohne Einfluss auf die Cirkulation in der Augenhöhle und des Augapfels sei. Die Vermuthung liegt nahe, dass schon unter normalen Verhältnissen die Carotis externa sich an der Blutversorgung der Augenhöhle betheiligt. Nur so kann die grösste Sicherheit für die dem Auge nothwendige Blutmenge erreicht werden. Ein plötzlicher Verschluss der Carotis communis kann allerdings flüchtige Sehstörungen hervorrufen, genau wie Ohnmachterscheinungen, aber auch da brauchen die Augenstörungen nicht ausschliesslich durch die Blutabsperrung bedingt zu sein. Die Thrombose kann dann weiterhin sehr leicht die Quelle für Emboli sein und dadurch klinisch und anatomisch ausserdem schwere ischämische Erscheinungen an der Netzhaut hervorrufen. Lamhofer (Leipzig).

197. **Ein Fall von metastatischem Adenocarcinom der Aderhaut**; von V. Kamocki in Warschau. (Arch. f. Augenhkde. XXVI. 1 u. 2. p. 46. 1893.)

K. entfernte wegen einer Neubildung das rechte Auge eines sonst ganz gesunden 37jähr. Landmanns und fand bei der Untersuchung des Auges zu seiner Ueberraschung statt des erwarteten Sarkoms eine ca. 18 mm breite, 5 mm dicke Geschwulst, deren histologischer Bau sie nur unter die Cysto-Adenome einreihen liess. Die Geschwulst sass rings um den Sehnerven. Anfangs hielt K. die Geschwulst für ein heterotopes Adenom, dessen Keim vielleicht bei der embryonalen Entwickelung der Thränendrüse dorthin gelangt wäre. Als er aber später erfuhr, dass Pat. bald nach Verlassen der Klinik erkrankte und starb, glaubte er doch einen Magenkrebs eher als Ursache der metastatischen Neubildung im Auge annehmen zu können. Lamhofer (Leipzig).

198. **Studien zur Pathologie des Nervus opticus**; von Dr. Theodor Sachs in Innsbruck. (Arch. f. Augenhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 154. 1893.)

Die vorliegende Arbeit ist das Ergebniss einer sehr ausführlichen Untersuchung über Intoxikations-Amblyopie in klinischer und pathologisch-anatomischer Hinsicht. S. führt mehrere Kranken-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

geschichten an und giebt den mikroskopischen Befund von Sehnerven, Chiasma u. s. w. eines Mannes, der während des Lebens ein typisches paracentrales Skotom hatte, sehr ausführlich wieder. Besonders macht S. auf die Veränderung der Vena centralis postica im intracranialen Theile des Sehnerven aufmerksam. (Der grösste Theil der Arbeit ist leider in auffallend kleiner Schrift gedruckt.)

Lamhofer (Leipzig).

199. **Ein Fall von Atrophia nervi optici descendens nach Schädel-Verletzung;** von Dr. Peretti in Mühlheim a. R. (Deutsche med. Wochenschr. XIX. 13. 1893.)

Ein 18jähr. Arbeiter war 3 Stockwerk hoch herabgestürzt und blieb 3 Std. bewusstlos. An der rechten Supraorbitalgegend war eine 7 cm lange, bis auf den Knochen gehende Wunde; ausserdem bestanden Infraktion des rechten Stirnbeins, Schwellung der Lider, Protrusio bulbi; der Augenhintergrund war normal. Nach einigen Tagen ergab die Prüfung des Sehvermögens einen ganz scharf umschriebenen Gesichtsfelddefekt. Am 15. Tage nach dem Unfalle konnte mit dem Augenspiegel bereits beginnende Abblassung der Sehnervenpapille beobachtet werden, eine Zeit, die mit der von Leber für einige Kr. angegebenen übereinstimmt. Im vorliegenden Falle, wo die Netzhaut und deren Gefässe stets normal blieben, handelte es sich sicher um eine Schädelbasisfraktur mit Einschluss der Wand des Foramen opticum und Zerreissung oder Einreissung des Sehnerven daselbst.

Lamhofer (Leipzig).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

200. **Bericht über die 18. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Würzburg vom 24.—28. Mai 1893.** (Braunschweig 1893. Vieweg. 8. 180 S. — Siehe auch Deutsche Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XXVI. 1. 1894.)

Der erste der 5 Verhandlungsgegenstände war: *Die unterschiedliche Behandlung der Bauordnungen für das Innere, die Aussenbezirke und die Umgebung von Städten.*

Die Verhandlungen, die Oberbürgermeister *Adickes* (Frankfurt a. M.) und Oberbaurath Prof. *Baumeister* (Karlsruhe) durch Referate auf Grund zahlreicher Leitsätze eröffneten, führten zu folgender Resolution: „Der Deutsche Verein f. öffentl. Geshpfl. erkennt die von den Herren Referenten geforderte unterschiedliche Behandlung der Bauordnungen für das Innere, die Aussenbezirke und die Umgebung von Städten als dringendes Bedürfniss an und empfiehlt den Staatsregierungen und den betheiligten Gemeindebehörden eine baldige Revision der bestehenden Bauordnungen und, soweit erforderlich, der bestehenden Gesetzgebung."

Zweitens sprach Prof. Lehmann (Würzburg) über *Reformen auf dem Gebiete der Brotbereitung* auf Grund von etwa 150 Brotuntersuchungen. Als Fehler, die besonders die Schrotbrote beträfen, bezeichnete er Herstellung aus ungenügend gereinigtem Getreide, ungenügende Zermahlung, ungenügende Abscheidung der Kleie, zu starke Säuerung des Brotteiges. Er empfahl sorgfältige Ausscheidung der unter staatlicher Aufsicht als Viehfutter meist verwendbaren Unkräuter; für Schwarzbrote das Uhthorn'sche Decortikationsverfahren; Verhütung zu starker Säuerung durch Abkürzung der Gährungzeit.

Der *dritte,* vom Privatdocenten Dr. Ludwig Pfeiffer (München) und Stadtrath *Fritz Kalle* (Wiesbaden) eingeleitete Gegenstand lautete: *Die Grundsätze richtiger Ernährung und die Mittel, ihnen bei der ärmeren Bevölkerung Geltung zu verschaffen.* Hierbei empfahl man: „1) rationelle Verbesserung der Kost von Personen, denen sie fertig geliefert wird: Soldaten, Anstaltsinsassen, Kostgänger von Arbeiter-Menagen, Volksküchen u. s. w. 2) Erleichterung und Verbilligung der Beschaffung von gesunden, nährkräftigen Lebensmitteln, insbesondere von Seefischen, Produkten der Milchwirthschaft und leicht verdaulichen, proteinreichen, vegetabilischen Nahrungsmitteln. 3) Belehrung und Anregung zu Selbsthülfe: a) durch Vorträge; b) durch Druckschriften; c) durch Errichtung von Kochschulen für arme Mädchen mit theoretischem und praktischem Unterricht; d) durch Weckung des Verständnisses für richtige Ernährung durch bei passenden Gelegenheiten in den Volksschulunterricht eingefügte Erklärungen."

Der *Verein* empfahl in einer Resolution diese Schlusssätze Behörden, Arbeitgebern und Vereinen zur Beachtung.

Viertens sprach der inzwischen verstorbene Wasserwerkdirektor *Kümmel* (Altona) über *Vorbeugungsmaassregeln gegen Wasservergeudung.* Er führte aus, wie die meisten Wasserwerke durch Sorglosigkeit und Missbrauch der Abnehmer einerseits, Brüche und Undichtigkeit der Leitungen andererseits reine Verluste erlitten. Dies sei besonders da der Fall, wo den Abnehmern das Wasser nach ihrem freien Ermessen geliefert werde. Empfohlen wurde die Abgabe nur nach Maass, wobei aber zur Verhütung von Gesundheitsgefahren der unter allen Umständen zu bezahlende Mindestverbrauch vorher zu ermitteln sei. Als höchstes Durchschnittsmaass für Bewohner einer Grossstadt mit mehr als 100000 Bewohnern bezeichnete K. 100 Liter pro Kopf und Tag.

Zuletzt sprach Oberregierungsrath Dr. Lydtin (Karlsruhe) über *die Verwendung des wegen seines Aussehens oder in gesundheitlicher Hinsicht zu beanstandenden Fleisches, einschliesslich der Cadaver kranker, getödteter oder gefallener Thiere* unter Vorlage von 14 sehr eingehenden Leitsätzen.

Zunächst wurden die *Freibankfrage,* die Zweckmässigkeit und die näheren Anforderungen derartiger Einrichtungen und die mit ihnen oft verbundene Benutzung besonderer Kocheinrichtungen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

(z. B. von *Hoeck u. Henkel, Becker u. Ullmann,* Dr. *Rohrbeck, Rietschel u. Henneberg*) besprochen. Sodann wurde die *Abdeckereiangelegenheit* erörtert: Forderungen, die an diese Einrichtungen zu stellen sind, Wasenplätze und deren Belegung, Verbrennung von Thierleichen, eventuell in besonderen Apparaten, z. B. von *Kori* in Berlin, dem Valorisator (Versuchsapparat) Dr. *Rohrbeck's,* dem *A. von Podewils'*schen Apparat oder dem *Henneberg'*schen Kafilldesinfektor.

In Verfolg der hieran sich anschliessenden Diskussion nahm der *Verein* folgende Resolution an:

„1) Es ist wünschenswerth, dass die Concession für Errichtung einer Abdeckerei in Zukunft von der Ausstattung derselben mit Apparaten abhängig gemacht werde, welche die bisherigen Benachtheiligungen, Belästigungen und Gefahren des Abdeckereisystems verhüten. 2) Behufs Fernhaltung von gesundheitsschädlichem und verdorbenem Fleisch von den Speisemärkten und behufs Förderung der unschädlichen Verwerthung alles übrigen Fleisches ist die allgemeine obligatorische Viehversicherung dringend zu empfehlen."

Die Verhandlungen des zur Zeit 1362 Mitglieder zählenden Vereines leitete Baurath *Stübler* (Köln) als Vorsitzender. R. Wehmer (Berlin).

201. **Grundzüge für Bau, Einrichtung und Verwaltung von Absonderungsräumen und Sonderkrankenhäusern für ansteckende Krankheiten.** Zu dem in Chicago vom 12. bis 18. Juni 1893 abgehaltenen internationalen Wohlfahrtscongress entworfen von Dr. Moritz Pistor in Berlin. (Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XXV. 4. p. 659. 1893.)

Nach literarhistorischer, kurzer Einleitung wird zuerst besprochen, welche Kranken abzusondern sind. Hierbei wird betont, dass für kleinere Orte *bei Epidemien* (Cholera, Fleckfieber, Pocken) bereit zu stellende Zelte, Einzelzimmer, Baracken ausreichten. Gemeinden mit mehr als 50000 Einwohnern müssten aber *dauernd* entweder Sonderkrankenhäuser oder besondere Stationen in den allgemeinen Krankenhäusern errichten. P. wünscht, dass die Sonderanstalten nicht mehr als 300 Betten und auf je 50—70 Kranke einen Arzt und 2—3 Wärter haben sollten.

Bei Besprechung des Baues wünscht er 150 qm Bodenfläche im Hause und (einschliesslich des erforderlichen Gartenlandes) 200 qm Grundstücksfläche, ferner im Zimmer 60 cbm Raum für jeden Kranken. Hierauf werden erörtert: Baugrund, Bauart, Wände, Fussboden, Grösse des Einzelraumes, Lüftung, Raumvertheilung, Nebenräume (z. B. zum Kochen der Cholera-Dejektionen), Erholungs- und Tageräume, Heizung, Desinfektionsanstalten, Leichen- und Sektionshäuser. Der Verkehr der Angehörigen mit den Kranken soll in besonderen Reconvalescentenräumen, die Beförderung der Kranken in besonderen Wagen erfolgen, die z. B. die Feuerwehr stellen möge. Weiter werden Absonderungsräume, bewegliche Baracken, Einrichtung, Beleuchtung und Ausstattung der Kranken-, Wirthschafts- und Wohnräume für die Aerzte und Pfleger, sowie bakteriologische Laboratorien besprochen.

Bei der Schilderung verweist P. vielfach auf Einrichtungen in Berliner, wie in englischen und nordamerikanischen grösseren Anstalten.

Redaktion.

202. **Die ländlichen Volksschulen des Kreises Franzburg in hygienischer Beziehung**; von Dr. Dieckmann in Franzburg. (Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XXV. 4. p. 677. 1893.)

In ähnlicher Weise, wie vor ihm Gleitsmann und H. Langerhans für die Kreise Zauche-Belzig, bez. Isenhagen, hat D. die Verhältnisse in 67 Schulgemeinden seines vorpommerischen Kreises untersucht. Das Ergebniss seiner fleissigen Untersuchungen ist unter Beifügung zahlreicher statistischer Uebersichten in der vorliegenden Arbeit niedergelegt.

Im Allgemeinen fand D. die Verhältnisse ähnlich, wie in den von Gleitsmann untersuchten märkischen Orten, in Räumlichkeiten und Licht aber manches Schlechtere.

Es ist dankenswerth, dass in offener und zugleich objektiv ruhiger Weise diese, allerdings zum grossen Theile mit Kostenforderungen zusammenhängenden Schäden aufgedeckt werden. Hoffen wir, dass bei dem in allen Kreisen bestehenden lebhaften Interesse für Schulhygieine derartige Anregungen, wie die vorliegende, auch praktische Folgen haben mögen!

R. Wehmer (Berlin).

203. **Ueber die Untersuchungsmethoden zur Feststellung der Selbstreinigung des Flusswassers**; von Theodor Köhn. (Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXV. 4. p. 693. 1893.)

Der bekannte Erbauer der Charlottenburger Kanalisationswerke giebt unter Beifügung von 2 Zahlentabellen die Resultate der sowohl 1890 *vor*, wie 1891 und 1892 *nach* Inbetriebsetzung der Charlottenburger Wasserwerke vorgenommenen Spreewasseruntersuchungen. Die Proben wurden dabei (indem ein Seil mit 5 Flaschen über den Fluss gespannt wurde) an je *fünf* verschiedenen Stellen des Fluss-Querschnittes entnommen, und zwar je 1 m unter dem Wasserspiegel. Die Untersuchung erfolgte durch den Chemiker Dr. Knöfler.

Hierbei zeigte es sich, dass die Qualität des Wassers an verschiedenen Stellen eines Querprofiles unter einander erheblicher schwankt, als im Vergleich zwischen 2 Profilen. Auffällig war, dass die Beseitigung des täglich etwa 3—4000 cbm faulende Abwässer in die Spree führenden „schwarzen Grabens" eine wesentliche Verbesserung der Untersuchungsergebnisse *nicht* constatiren liess.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Noch befremdender war es, dass die Untersuchung vom November 1892 nicht nur keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung der durchschnittlichen Beschaffenheit des Spreewassers zeigte, obwohl damals bereits von allen in die Spree entwässernden Grundstücken die überwiegende Zahl an die Kanalisation angeschlossen war. Vielleicht kam dies von den vielen in der Spree überwinternden Kähnen her.

Jedenfalls bedarf es zur Entscheidung von Fragen über Flussverunreinigung sehr langer Untersuchungsreihen.

K. schliesst hieran den Wunsch, der Deutsche Verein für Gesundheitspflege möge gewisse *Normen* für derartige Untersuchungen aufstellen. Zu diesen solle gehören: „a) dass bei der Wasserentnahme ausser dem Datum auch Witterung des Tages und der vorhergehenden Tage, Temperatur des Wassers und der Luft, die Geschwindigkeit des Wassers, die Wassermenge im Flusse, eventuell auch noch die Flussbreite und mittlere Tiefe an der Beobachtungsstelle notirt werden; b) dass die Untersuchung sich auf bestimmte Dinge erstreckt (Trockenrückstand, organische Substanz, Chlor, Salpetersäure, Ammoniak, Keime) und die Resultate in einheitlicher Weise dargestellt werden (Gramm im Liter, Zahl im Cubikcentimeter), sowie dass die Untersuchungsmethoden dieselben sind; c) dass um die Qualität des Wassers an einer Stelle eines Wasserlaufes zu untersuchen, möglichst nicht nur *eine* Probe, sondern je nach der Profilbreite *mehrere* entnommen werden, und dass die Schichtenhöhe, in welcher die Probe entnommen wird, bei allen Proben gleichmässig ist; d) dass schliesslich alle besonderen Umstände, welche auf die Beschaffenheit des Wassers von Einfluss sein könnten, möglichst ausführlich beschrieben werden."

R. Wehmer (Berlin).

204. **Zur Hygiene der Barbierstuben**; von Blaschko. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 35. 1893.)

Eine grosse Anzahl von Hautkrankheiten wird in den Barbierstuben theils unmittelbar durch den selbst erkrankten Barbier, theils mittelbar von Besuchern der Barbierstube auf Andere übertragen. Es handelt sich dabei nicht blos um die Bartflechte oder um Alopecia areata, sondern auch um Ekzeme und vor Allem um Syphilis. Die seiner Zeit von Köbner bei Gelegenheit einer langdauernden Epidemie von Dermatomycosis tonsurans empfohlenen Maassnahmen sind folgende: 1) Ausbrühen der Rasirmesser und der Rasirpinsel in kochendem Wasser, 2) eigene Pinsel für jeden Kunden, 3) für jeden Barbierten ein reines, frisch gewaschenes Handtuch, 4) gesonderte Puderquasten.

Die Beobachtung dieser Regeln scheiterte an der fehlenden Ueberwachung Seitens einer Aufsichtsbehörde, sowie an den Kosten. Während das Ausbrühen des Messers oder Abwischen desselben mit einem in absoluten Alkohol getauchten Wattebausch, sowie das Ausbrühen des Pinsels leicht zu bewerkstelligen ist (besondere Pinsel für jeden Kunden wären alsdann entbehrlich) und auch die Puderquasten durch Wattebäusche, welche nach dem Gebrauche weggeworfen werden, zu ersetzen wären, ist die Forderung eines frischen Handtuches für jeden Besucher undurchführbar; dafür liessen sich die billigen Servietten von chinesischem Papier verwenden. Zur Durchführung derartiger Maassregeln bedarf es aber der Ueberwachung durch eine zu schaffende Gesundheitspolizei.

Der zweite Punkt, die Erkrankung des Barbiers selbst, betrifft eine öffentliche Calamität, welche auch bei anderen Berufsarten (Bäckern, Kellnern, Köchen, Fleischern) besteht. Es giebt in Berlin und ebenso sicher in jeder grösseren Stadt beständig Tausende von diesen Gewerben angehörigen syphilitischen Personen, die zum Theil mit dem menschlichen Körper selbst, zum Theil mit Speisen aller Art in Berührung kommen. Um wenigstens bis zu einem gewissen Grade dagegen Abhülfe zu schaffen, dass eine Uebertragung stattfinde, ist es erforderlich, dass die Krankenkassen die Krankenhausbehandlung für Geschlechtskranke obligatorisch machen, damit wenigstens während des Bestehens frischer Krankheitserscheinungen diese Personen dem Verkehr entzogen werden.

Wermann (Dresden).

205. **1) Ueber „Saprol" und die „Saprolirung" der Desinfektionsmittel**; von Dr. Scheurlen. (Arch. f. Hyg. XVIII. 1. p. 35. 1893.)

2) Saprol, ein neues Desinfektionsmittel; von Dr. Arnold Keiler. (Ebenda p. 57.)

1) Das kürzlich in den Handel gebrachte Saprol ist kein neues Desinfektionsmittel, sondern eine 50—60proc. rohe Carbolsäure, der höchstens 20% Mineralöl zugesetzt sind, um sie specifisch leichter als Wasser zu machen (spec. Gew. 0.98—0.99). Sch. konnte die ihm nachgerühmten Vorzüge bestätigen: es bildet auf der Oberfläche wässeriger Flüssigkeiten eine dünne Haut und schliesst diese vollständig von der Atmosphäre ab, wirkt daher sehr gut desodorisirend. Allmählich wird es dabei ausgelaugt und nach 24 Std. ist das untenstehende Wasser in eine 0.34proc. Kresollösung umgewandelt. Was den Desinfektionswerth anlangt, so hat es auf Sporen gar keine Wirkung, doch kommt es darauf weniger an, da es zur Desinfektion von Abtrittsgruben dienen soll und Typhus- und Cholerabacillen, die hier hauptsächlich in Frage kommen, keine Dauerformen bilden. Sch. fand, dass in einer 45 cm hohen Wasserschicht, die sich unter der Einwirkung einer $^1/_2$ cm hohen Saprolschicht befand, bei einem Verhältniss von 1 Saprol zu 80 Wasser Typhus- und Cholerabacillen nach 6 Std. in der ganzen Flüssigkeitsäule abgetödtet sind, ebenso in dünnflüssigen Fäkalien. Entflammungs- und Entzündungstemperatur liegen höher

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

als bei der rohen Carbolsäure, so dass Saprol nicht als feuergefährlich bezeichnet werden kann.

2) Ungünstiger ist das Urtheil K.'s. In dünnflüssigen Gemischen werden Bacillen durch 1proc. Saprol getödtet, wobei die Schnelligkeit der Wirkung sehr von der Schichthöhe abhängig ist, dagegen lässt sich eine sichere Desinfektion dicker Fäkalmassen in kurzer Zeit mit Saprol nicht erreichen, da es nicht ordentlich in sie eindringt. Viel wirksamer fand K. eine Lösung von 10 Th. Saprol in 90 Th. einer 10proc. wässerigen Kaliseifenlösung, er hält daher eine Aufschliessung der rohen Carbolsäure durch Seife für besser als ihre Lösung in Mineralöl. Woltemas (Diepholz).

206. **Weitere Untersuchungen über „Saprol"**; von Privatdoc. Dr. Scheurlen. (Arch. f. Hyg. XIX. 4. p. 347. 1893.)

Schon früher hat Sch. das Saprol als das geeignetste und praktischste Desinfektionsmittel für Gruben empfohlen. Für die Grubendesinfektion haben sich in der Praxis fast nur zwei Substanzen halten können: die Kalkmilch und die sogen. rohe Carbolsäure, richtiger als Rohkresol bezeichnet.

Die Kalkmilch aber ist für gewöhnliche Gruben, die sowohl Urin, wie Fäces auffangen, deshalb schlecht anzuwenden, weil sie beim Zugiessen rasch zu Boden sinkt, ohne sich mit dem Inhalt zu mischen. Ausserdem aber enthält der Urin in grosser Menge Substanzen, die sich mit Kalkhydrat verbinden.

Das Gemisch der Rohkresole, die rohe Carbolsäure, wurde in letzter Zeit ihrer Schwerlöslichkeit wegen nicht recht für voll angesehen. Man hat sich auf verschiedene Weise bemüht, Kresollösungen herzustellen, wie Kreolin, Lysol, Solveol und Solutol. Diese Mittel indessen tödten Milzbrandsporen in anwendbarer Concentration nicht. Die Rohkresole sind aber, wie Sch. nachgewiesen, in genügender Weise in Wasser löslich.

Das Saprol hat vor allen angeführten Kresolpräparaten den Vorzug, dass es sich auf der Oberfläche ausbreitet und dann sich allmählich selbst mit allen Flüssigkeitsschichten mischt. Ein löslich gemachtes Saprol hat diesen Vorzug verloren.

Bei Zusatz von 1 Th. Saprol zu 80 Th. Flüssigkeit wird letztere in 24 Stunden in eine 0.4proc. Kresollösung umgewandelt.

V. Lehmann (Berlin).

207. **Sterilization of milk at 75°**; by Rowland Godefrey Freemann. (Reprinted from the New York med. Record June 10. 1893.)

Es wird auf einen früher von Fr. angegebenen Apparat zum Pasteurisiren der Milch verwiesen: die Milchflaschen werden in kochendes Wasser gestellt und das Verhältniss der Menge des letzteren zu der Milch ist so berechnet, dass eine Temperatur von 75° erzielt wird (wie lange sie einwirken soll, wird nicht mitgetheilt). Die Abkühlung geschieht durch Hineinstellen in kaltes Wasser. [Für den Haushalt mag das ausreichen, aber auch nur dann, wenn die Milch gleich nachher verbraucht wird, für den Verkauf hält eine so einfache „Sterilisation" natürlich nicht vor. Ref.]

Woltemas (Diepholz).

208. **Der Wasserabkochapparat von Werner von Siemens**; von Prof. Rubner u. Marinestabsarzt Davids. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 36. 1893.)

Nach dem von *Werner von Siemens* vorgeschlagenen Princip, das abzukochende Wasser durch das eben gekochte vorzuwärmen, wobei letzteres zugleich schnell abgekühlt wird, ist eine ganze Reihe von Wassersterilisatoren gebaut worden, da das Verfahren die Heizungskosten sehr herabsetzt. Von R. und D. wurden 2 *Siemens*'sche Apparate untersucht, von denen der zweite den Zufluss von frischem Wasser selbstthätig regelt und auch etwas billiger arbeitet. Die Sterilisation wurde mit Sicherheit erreicht und kostete für 1000 Liter Wasser 1 Mk. 89 Pf. bei einem Preise von 16 Pf. für 1 cbm Leuchtgas. Eine Erhitzung des Wassers auf nur 80° reicht für die Abtödtung von Typhus- und Cholerakeimen aus, ist aber keine völlige Sterilisirung und kostet für 1000 Liter nur 45 Pf. weniger. Abbildungen der Apparate sind im Original zu finden. Woltemas (Diepholz).

209. **Ueber die Einwirkung von Wein und Bier, sowie von einigen organischen Säuren auf die Cholera- und Typhus-Bakterien**; von Alois Pick. (Arch. f. Hyg. XIX. 1. p. 51. 1893.)

Wein wirkt auf den *Choleravibrio* sehr kräftig ein. Für die Praxis ergiebt sich das nicht unwichtige Resultat, dass ein mit Choleravibrionen beladenes Wasser ohne Schaden und Gefahr getrunken werden könnte, nachdem es im Verhältniss von 1:3 mit Wein vermischt mindestens 5 Min. lang gestanden hat. Eine wesentlich geringere desinfektorische Wirksamkeit zeigen die Biere. An dieser Desinfektionswirkung hat der Alkohol keinen Antheil, sondern sie ist fast ausschliesslich durch die Anwesenheit freier Säuren bedingt. Neutralisation der Weine und Biere vernichtet ihre Wirksamkeit. Versuche mit Essigsäure, Milchsäure, Weinsäure und Citronensäure ergaben, dass alle in einer Concentration von 2‰ den Choleravibrio binnen 5 Minuten tödten. Gegenüber den Typhusbakterien waren die Erfolge weniger günstig. Schon der unverdünnte Wein muss viel länger auf sie einwirken um sicher zu tödten. Die freien Säuren wirken erst in Stärken von 2% und mehr kräftig auf die Typhusbakterien.

Heffter (Leipzig).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

B. Originalabhandlungen
und
Uebersichten.

III. Die Pathologie der Gonorrhöe.

Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden am 16. Dec. 1893

von Dr. Werther.

Wenn man sich mit dem Thema Gonorrhöe befasst, so wird man unwillkürlich zu dem Vergleich zwischen früher und jetzt herausgefordert. Denn die Anschauungen auf diesem Gebiet sind durch die Erfolge der bakteriologischen Forschung, besonders des culturellen Nachweises der Gonokokken auf modificirtem Blutserum durch Bumm und Wertheim, bestätigt durch Gebhardt und Steinschneider, und durch eine reiche in der Literatur niedergelegte Casuistik ganz geändert worden. Bis vor kurzem galt der Gonococcus noch für einen Parasiten der Schleimhautoberfläche; jetzt hat sich gezeigt, dass er sich auch im submucösen Gewebe ansiedelt und in dessen Spalten vordringt. Früher galt die Gonorrhöe für eine leichte Krankheit der Harnröhre, und eine Arthritis war eine unerklärte und angezweifelte Complikation; da zeigten die Gynäkologen nach Noeggerath's Vorgang, wie verhängnissvoll die Gonorrhöe durch Ergreifung der Adnexe und des Bauchfells für die Frau werden kann, und heutzutage ist es klar geworden, dass sie sich bis zum Range einer blutvergiftenden Infektionskrankheit aufzuschwingen vermag, wenn auch die Harnröhre als Porta infectionis in den leichten Fällen, die glücklicherweise die grosse Mehrzahl der Erkrankungen bilden, der Hauptschauplatz der Thätigkeit des Gonococcus bleibt.

Die *biologischen Eigenschaften* des Gonococcus sind mikroskopisch und durch die Cultur studirt worden. Am geeignetsten für dieses Studium wäre es wohl, wenn man einmal eine inficirte männliche Harnröhre im akuten oder subakuten Stadium in Schnitte zerlegen könnte, um zu sehen, wo sich die Gonokokken aufhalten und wie weit und auf welchem Wege sie vordringen. Das Cylinderepithel der Harnröhre ist bekanntlich ein sehr enggefügtes. Zwischen den Zellen sind keine Saftspalten wie zwischen Plattenepithelien zu sehen. Wo pathologischer Weise Lücken oder aufgelockerte Stellen vorhanden sind, da dringt der Gonococcus mit Vorliebe ein. Hat, z. B., jemand von früher her eine Striktur, so findet sich hinter ihr eine gereizte Stelle da, wo durch den Anprall des in seinem Strom behinderten Harnes das Epithel gelockert ist. Das sind, wie wir aus den klinischen Erscheinungen wissen, Lieblingsplätze, an denen sich periurethrale Infiltrate und auch Abscesse bilden. Es kommen aber ganz ähnliche Erscheinungen auch da vor, wo vorher keine Striktur bestanden hat; man muss daher annehmen, dass das Wirken des Gonococcus eine Lockerung des Epithels besorgt: er ruft eben eine Entzündung hervor mit sehr starker Zellneubildung und Zellabstossung. Dabei wird natürlich die Continuität gelockert und der Eintritt in die tieferen Schichten erleichtert. Ausserdem stehen noch die zahlreichen Einstülpungen der Harnröhrenschleimhaut, die Littré'schen Drüsen und die sogenannten Lakunen dem Eindringling offen. Die Lakunen ganz besonders, da ja ihre Oeffnungen schon normaler Weise eine weite und bei manchen Leuten klaffende, bis zur Grösse eines Hirsekornes, ist. Ueberall da, wo die Gonokokken eindringen, rufen sie eine mächtige Zellproliferation mit Entzündung der nächsten Umgebung hervor. Ausserdem ändert das Epithel unter ihrem Wirken seine Eigenschaften: es wird, wie an den Residuen bei der chronischen Gonorrhöe der Harnröhre nachzuweisen ist, aus cylindrischem ein Pflasterepithel.

Die eben erwähnten Vorgänge sind an einer frisch inficirten Harnröhre noch nicht nachgewiesen worden. Die anatomischen Kenntnisse wurden an Theilen gewonnen, deren Exstirpation entweder nöthig war — wie die der erkrankten Adnexe beim Weib, oder ohne Schädigung möglich war, wie die der sogenannten paraurethralen Gänge am Präputium oder die der Bartholinischen Drüsen. Die paraurethralen Gänge im Besonderen sind hierdurch in letzter Zeit einigermassen berühmt geworden. Ihre Herkunft ist noch dunkel: entweder sehen wir in ihnen versprengte Harnröhrendrüsen oder doppelte Harnröhrenbildung, vielleicht auch Talgdrüsen; den Lakunen der Harnröhre entsprechen sie am meisten. Die excidirten gonorrhoischen Exemplare zeigten sich mit Pflasterepithel ausgekleidet, auf diesem und zwischen den einzelnen Zellen sassen Gonokokken, theils frei, theils in Leucocyten. Das Bindegewebe war entzündet, zwischen den Zügen desselben fanden sich einige Male, aber nicht immer, mit Gonokokken

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

vollgestopfte Lymphkörper. Hierdurch wurde schon die Lehre Bumm's erschüttert, dass die Gonokokken nur das Cylinderepithel angreifen, wobei freilich noch nicht feststand, ob in diesen Gängen, die noch nicht in normalem Zustande untersucht worden sind, von vorn herein Pflasterepithel bestanden hat, oder ob nicht das ursprüngliche Cylinderepithel von den Gonokokken umgewandelt worden ist. Bei einer Bartholinischen Drüse, die in erkranktem Zustande herausgeschnitten wurde, zeigte sich, dass der Ausführungsgang, der normaler Weise nur am äusseren Ende Pflasterepithel hat, in Folge der Erkrankung bis in seine Verzweigungen hinein gepflastert war. Für die Lehre Bumm's sprach ferner, dass man die Vagina frei von Gonokokken fand, während Urethra und Cervix von ihnen ergriffen werden. Die meisten Beobachtungen dieser Art sind wohl bei Prostituirten und Multiparen gemacht; man darf sie aber nicht ohne Weiteres verallgemeinern. Das ist klar geworden, seit mehrfach bei kleinen Kindern und bei jungverheirateten Frauen mit noch virginaler Vagina Gonokokken zweifellos in dieser gefunden wurden. Durch die Inanspruchnahme der Vagina, besonders durch die übertriebene, und in Folge der häufigen Spülungen bei Prostituirten verliert eben das Epithel der Scheide seine virginale Zartheit und wird horniger und widerstandsfähiger gegen die Kokkeninvasion.

Sichere Beweise brachten die Impfversuche am Thierperitonaeum: der Gonococcus haftete am Plattenepithel und drang sogar durch dasselbe hindurch in das Bindegewebe. Das war nur Thierexperiment. Da fand Wertheim in Schnittpräparaten einer exstirpirten Tube den Gonococcus nicht nur auf dem Epithel dieser, sondern auch in ihrer Wand bis an das Peritonaeum heran. Damit ist bewiesen, dass der Gonococcus Epithel und eine beträchtliche muskulöse Schicht zu durchsetzen im Stande ist, gerade so wie die Eitererreger quer durch die Wand des Uterus sich fortpflanzen. Aber es gelang auch in einem frischen, fibrinösen, peritonitischen Exsudat, das nicht etwa durch Impfung entstanden war, sondern bei einer Laparotomie von Schauta unerwartet vorgefunden wurde, Gonokokken kulturell und mikroskopisch nachzuweisen.

Man sieht an exstirpirten kleinen Gängen, wie der Gonococcus eine gewisse Fernwirkung ausübt: in der Nähe inficirter Drüsen findet man auffallend viele Mitosen und das submucöse Bindegewebe ist auch da entzündet, wo Gonokokken weder in ihm selbst, noch zwischen den darüber befindlichen Epithelien zu entdecken sind, sondern nur im Lumen der Drüse. Also auch in der weiteren Umgebung eines Gonokokkenherdes entsteht eine Entzündung. Dadurch wird das Gewebe blutreicher, d. h. es bietet den Gonokokken die günstigsten Existenzbedingungen; dadurch erweitern sich ferner die Gewebespalten, Lymph- und Blutcapillaren, und ihre Endothelien lockern sich, der Gonococcus kann sich in Folge dessen leichter verbreiten, sei es, dass er wie in einer Reinkultur seinen Rasen vorschiebt, sei es, dass Leukocyten ihn verschleppen, um ihn, wenn ihr eigner Körper zerstört ist, irgendwo abzuladen. Besonders kurz ist der Weg von der Schleimhautoberfläche in venöse weite Bluträume in der hinteren Harnröhre. Es liegen daselbst direkt unter dem Epithel die Maschen eines venösen Plexus, der mit dem Plexus prostaticus communicirt und sein Blut in die Vena hypogastrica oder auch durch die Vena haemorrhoid. super. in die Vena portae abführt.

Der Tripperpilz steht demnach durchaus nicht als Oberflächenparasit da: er greift jedes Epithel an, durchdringt Epithel, Bindegewebe und Muskel.

Von seiner weiteren Wirksamkeit interessirt noch zweierlei: *Kann er Abscesse erzeugen? Kann er Geschwüre erzeugen?*

Wenn er auf der Oberfläche einer Schleimhaut einen eitrigen Katarrh hervorruft, so ist damit noch nicht bewiesen, dass er im interstitiellen Bindegewebe ohne Beihülfe andrer Kokken einen Abscess erzeugen kann, denn zu einem eigentlichen Abscess gehört ausser Exsudat noch Einschmelzung des Gewebes. Durch Injektion von Reincultur in das subcutane Bindegewebe rief Wertheim nur eine erysipelatöse Entzündung hervor, die in 48 Stunden ihren Höhepunkt erreichte, und Rinecker und Steinschneider sahen gar keine Reaktion. Aber zu wiederholten Malen ist in abgeschlossenen Höhlen, sei es praeformirten oder nicht praeformirten, Eiter gefunden worden, in dem mikroskopisch und durch die Cultur *nur* Gonokokken, keine Eiterkokken nachzuweisen waren: so in den Gelenkexsudaten, in Tubensäcken, in Ovarialabscessen, in einem subcutanen Abscess am Handrücken, in einem perinephritischen Abscess, in einem parametritischen, im Wochenbett entstandenen Abscess, wo im Lochialsekret nie ein andrer Coccus als der Gonococcus zu finden war. Bei den Ovarialabscessen konnte Bumm noch die Vermuthung aussprechen, dass es sich um einen typischen eitrigen Katarrh des Keimepithels handle, bei perimetritischen und Tubenabscessen ist es ein eitriges Exsudat in praeformirte Höhlen, das sekundär abgekapselt wird. Dabei ist nichts Auffallendes. Aber bei einem subcutanen Abscess — wenn diese Diagnose richtig war und es sich nicht etwa um eine Schleimbeuteleiterung gehandelt hat — kann eine Einschmelzung nicht abgeleugnet werden. Da nun auch hier lediglich Gonokokken gefunden wurden, so liegt es nahe, in ihnen auch die Ursache zu sehen. Aber die Frage, ob der Gonococcus eine phlegmonöse Einschmelzung erzeugen kann, möchte man wegen dieses einen Falles doch noch nicht bejahen, weil der Bejahung verschiedene Thatsachen widersprechen: 1) Die erwähnten Experimente, 2) ist die Idee, dass Eiterkokken in dem Abscess dagewesen, vor der Unter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

suchung aber abgestorben sind, nicht widerlegt. 3) Müsste man, wenn man überhaupt dem Gonococcus eine nekrotisirende Kraft zuspricht, auch zugeben, dass er Geschwüre macht; das aber ist denn doch, seit der Zeit des Dualismus auf syphilidologischem Gebiete, ein überwundener Standpunkt. Und trotzdem wird die Frage uns wieder nahe gelegt, denn neuere Autoren haben sowohl Geschwüre im Munde wie im Mastdarm dem Gonococcus zugeschrieben, weil sie ihn mikroskopisch im Eiter und im Gewebe an einem excidirten Stücke des Geschwürgrundes nachweisen konnten. Ich will nicht bezweifeln, dass die gefundenen Diplokokken wirklich der Gonococcus Neisser waren, obgleich die Befunde vor der Wertheim'schen Arbeit bekannt wurden und nicht durch Cultur gestützt sind. Aber wenn der Gonococcus im Stande wäre, Geschwüre zu machen, so müssten diese vor Allem in der Harnröhre bei Tripper häufig gefunden werden; die Geschwüre an diesem Orte sind aber immer Schanker. Eine „katarrhalische" Erosion in Folge heftiger Desquamation oder ein Substanzverlust in Folge eines geplatzten, follicularen Retentionsabscesses sind dabei natürlich ausgenommen. Auf der Schleimhaut hat eben der Gonococcus bis jetzt keine nekrotisirende Kraft bewiesen: die Nekrose als Grundlage eines eigentlichen Geschwüres vorausgesetzt. — Es kommt hinzu, dass das Mastdarmgeschwür, welches von Frisch (Würzburg) untersucht wurde und in dem Gonokokken im Gewebe gefunden wurden, von einer Prostituirten stammte, die den Coitus per anum zugab, bei der erstens Syphilis als vorhanden vorausgesetzt werden konnte, bei der zweitens Tuberculose vorhanden war (die Kr. starb daran), bei der drittens zur Untersuchung öfters das Mastdarmspeculum eingeführt und zweimal in vivo ein Stück Schleimhaut excidirt worden war. Wenn unter solchen Umständen im Mastdarm ein Geschwür entsteht und hartnäckig ist, so ist dies nicht wunderbar und man braucht nicht die Gonokokken zur Erklärung heranzuziehen, es wurde auch nicht bewiesen, dass sie die Ursache waren. Man musste eher annehmen, dass sie sich auf dem schon länger bestehenden Geschwüre angesiedelt hatten. Auch eine diphtherische Entzündung vermag der Gonococcus nicht zu erregen. Ganz vereinzelt steht ein Fall von croupösem Tripper. Die Nekrotisirung des Epithels und die Abhebung der Membran ist in diesem Falle vielleicht durch eine aussergewöhnlich heftige Infektion und massige Exsudation, durch eine Art von Massenwirkung der Gonokokken zu erklären.

Der Gonococcus erreicht demnach nicht die grösste Intensität parasitärer Schädigung auf der Schleimhaut; um so schlimmer ist seine Extensität. Ich will dies zunächst an klinischen Erfahrungen beweisen. Hierher gehören vor Allem die *Trippercomplikationen*. Zuerst möchte ich jedoch die Ausbreitung der Gonorrhöe in der Harnröhre erwähnen, weil darüber die Meinungen ausserordentlich getheilt sind. Einig ist man sich über die Erkrankung der Schleimhautdrüsen, die submukösen und periglandulären Infiltrate bei der chronischen Gonorrhöe; hier decken sich die Resultate, die mikroskopisch an Schnitten gefunden wurden, mit dem auf endoskopischem und klinischem Wege Festgestellten vollständig; aber die Betheiligung der *hinteren Harnröhre* ist noch vielfach strittig. Wie Sie wissen, wird die hintere Harnröhre in akuter Weise oft genug ergriffen. Es stellen sich Fieber ein, häufiger Drang zu Harn- und Stuhlentleerung mit Tenesmus, brennendem Schmerz beim Schluss in der Gegend von Blase und Mastdarm. Diese Fälle sind durch ihre klinischen Erscheinungen deutlich charakterisirt. Sie kommen häufig vor, aber doch gewiss noch nicht in der Hälfte aller Fälle von Tripper. Hingegen macht die chronische Urethritis posterior wenig oder gar keine subjektiven Beschwerden und für den Nachweis dieser müssen objektive Zeichen gesucht werden. Dies geschieht 1) mittels der sogen. *Zweigläserprobe*, 2) mittels der Endoskopie. Im 1. Falle führt man einen kurzen Katheter bis vor den Sphincter externus ein, spült reichlich mit Aq. dest. oder Borsäurelösung aus, fängt die Spülflüssigkeit, die natürlich Fäden enthält, im ersten Glas auf und lässt den Patienten in ein zweites Glas uriniren. Die Fäden, die sich in der Flüssigkeit des zweiten Glases finden, sollen aus der hinteren Harnröhre stammen und das Vorhandensein einer Urethritis posterior beweisen. Mit dieser Methode haben Neisser, Jadassohn und viele Andere herausgefunden, dass bei 80% aller Tripper die hintere Harnröhre ergriffen ist. Eine andere Partei, darunter die Endoskopiker, an ihrer Spitze Oberlaender, nimmt eine bei Weitem kleinere Zahl an. Dazu gehören Guyon, Jamin, und Finger sagt sogar: „die hintere Harnröhre wird selten ergriffen". Es ist mir klar, dass nur das Endoskop diese Frage entscheiden kann. Leider ist aber die Endoskopie der hinteren Harnröhre noch nicht so einfach, dass man mit ihr so leicht wie mit der Zweigläserprobe jeden Kranken untersuchen könnte. Bis dahin kann die Statistik, die 80% herausgefunden hat, nicht als giltig hingenommen werden, weil die Methode nicht exakt genug ist. Sie setzt nämlich als Thatsache voraus, dass der Harnröhrenschlauchmuskel, der sogen. Sphincter ext., immer eine Scheidewand zwischen vorderer und hinterer Harnröhre bildet, und dass eine injicirte Flüssigkeit an seinem Contraktionsring zurückprallt. Darin irrt man sich. Für gewöhnlich ist der Muskel schlaff. Seine Aufgabe ist die Auspressung der Harnröhre am Schlusse des Urinirens und der „Desemination"; den Abschluss der Blase bildet er nicht, den besorgen der Sphinct. int. und die Elasticität der Gewebe. Ebenso wie eine Sonde mehr oder weniger leicht den Widerstand des Sphinct. ext. überwindet, thut es

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

auch eine Flüssigkeitsäule. Der Muskel zieht sich zusammen, wenn er gereizt wird, die Reize und die Erregbarkeit sind jedoch individuell und in physiologischen Grenzen sehr verschieden. Während bei Manchen eine Sonde wie von selbst hineingleitet, findet sie bei Anderen ein unüberwindliches, eine Striktur vortäuschendes Hinderniss im Spasmus des Schlauchmuskels. Ebenso ist es mit injicirter Flüssigkeit. Manche Leute sind im Stande, und machen die Erfahrung, ohne es zu wollen, bei der Tripperinjektion, mit der Tripperspritze Flüssigkeit bis in die Blase zu treiben, sie haben ein Kältegefühl am Damm und, wenn die Spritze abgenommen wird, kommt nichts oder fast nichts wieder heraus. Ich habe dies bei den Cocain-Injektionen, die ich in den Sprechstunden vorzunehmen Gelegenheit hatte, wiederholt mit eigenen Augen gesehen. Bei schwachem Druck ruft die Flüssigkeit gar keinen Spasmus hervor, sondern schleicht sich ein; ein starker Druck ruft den Krampf hervor und kann ihn auch überwinden. Dies ist in der neuerdings wieder bekannt gewordenen Blasen-Irrigation ohne Katheter zur Methode ausgebildet worden. Alle diese Momente erschüttern die Beweisfähigkeit der Zweigläserprobe, bei welcher der Verschluss der hinteren Harnröhre gegen den Flüssigkeitsanprall eine Conditio sine qua non ist. Man kann sich nicht zutrauen, bei der grossen Verschiedenheit der Erregbarkeit des Sphinkter und bei der Verschiedenheit seiner muskulären Verschlusskraft mit der Spritze jedesmal den Druck so abzumessen, dass die Contraktion gerade eintritt und dass weder vor ihrem Eintritt sich Flüssigkeit einschleicht, noch bei Verschluss welche hineingetrieben wird. Es ist also bei dieser Methode leicht möglich, dass Fäden aus der vorderen erst in die hintere Harnröhre gespritzt werden und dann im zweiten Glase erscheinen. Sie ist daher nicht zuverlässig und nicht beweisfähig. Bei ihrer häufigen Anwendung habe ich mehrfach, wie leicht verständlich ist, die erwähnten Resultate, aber auch häufig, bei Untersuchungen an mehreren Tagen, widersprechende Befunde gehabt. Besteht übrigens noch vermehrter Harndrang, so ist schon aus diesem Grunde kein Resultat zu erwarten, weil die häufige Harnentleerung kein Sekret sich ansammeln lässt, es kann also keins im Glase erscheinen, und die Urethritis posterior besteht doch zweifellos!

Ueber die Häufigkeit der chronischen Erkrankung der hinteren Harnröhre sind wir also noch im Unklaren. Sie ist aber die nächstliegende und häufigste Complikation des Trippers, wenn man diesen als virulenten Katarrh der vorderen Harnröhre auffasst. Jedoch die Mannigfaltigkeit der eigentlichen Complikationen ist geeignet, den Begriff der Gonorrhöe weit über diese Grenze zu erweitern. Wir sehen nicht nur fast alltäglich Cystitiden und Epididymitis oder Infiltration mit Vereiterung in der Umgebung der Harnröhre und längs der Lymphgefässe, nicht nur Exsudate in der peritonäalen Scheide des Funicul. spermatic., sondern auch im Beckenperitonaeum bei Mann und Weib, nicht nur Entzündungen in der Synovia aller Gelenke, sondern auch in den Nerven- und Sehnenscheiden, ja auch Endokarditis! Wir kennen ferner Albuminurie und allgemeine fieberhafte Erkrankung, Iritis, Neuritis und Exantheme.

Ich habe nicht die Absicht, auf alles Dies im Einzelnen einzugehen, ich will nur das anführen, was den causalen Zusammenhang zwischen der Gonorrhöe und diesen Complikationen aufklären könnte. Bisher meinte man, weil es nahe lag, dass eine *Epididymitis* durch Verbreitung des Trippers per contiguitatem entstehe. Wahrscheinlich wurde dies dadurch, dass sie sich häufig an die Erkrankung der hinteren Harnröhre anschliesst und dass bisweilen ein Blasenkatarrh gleichzeitig besteht. Dieser Verbreitungsmodus ist jedoch zweifelhaft und durchaus nicht bewiesen. Bei dieser Erklärung muss man sogar die springende Verbreitung eines Contagium annehmen, denn die Organe auf dem Wege von der Harnröhre bis zum Hoden bleiben oft, sogar meist, gesund. Das erschwert den Glauben an die Richtigkeit dieser Annahme. Auch auf anderen Gebieten ist der Anschauung, dass sich ein Katarrh von einer Schleimhaut auf die benachbarte andersartige direkt und leicht fortpflanze, neuerdings ein Damm gesetzt worden. So ist die Theorie, dass ein Ikterus bei Darmkatarrh durch Fortschreiten des Katarrhs auf den Ductus choledochus u. s. w. entstehen solle, kaum noch haltbar. Man erklärt jetzt in sehr einleuchtender Weise den Ikterus mit einer Erkrankung der Leber durch Ptomaine, die ihr durch den Blutstrom zugeführt werden. Und ebenso halte ich die Epididymitis für ein Symptom der allgemeinen Infektion; sei es durch den Gonococcus, sei es durch seine Ptomaine. Besonders bedeutungsvoll hierfür sind die schweren Fälle von Epididymitis, wie sie in einem grösseren Krankenhause von Zeit zu Zeit zur Beobachtung kommen. Die Kranken haben hohes Fieber (40°) und liegen in höchster Abgeschlagenheit, fast apathisch, da, mit Kopfschmerz, Blässe und Albuminurie. Dieser Zustand dauert 8—14 Tage; Mattigkeit, Fieber und Albuminurie bestehen bisweilen länger als die Hodenkrankheit. Das ist das Bild einer allgemeinen Infektion. Ein besonderes Gewicht ist auf die *Albuminurie,* welche eine Nephritis vermuthen lässt, zu legen. Eine solche Albuminurie kommt in ausgesprochener Weise (über 10‰!) bei Gonorrhöe auch ohne Epididymitis und noch öfter ohne Cystitis vor. Ich wurde zuerst auf sie durch die genauen Untersuchungen zweier französischer Autoren (Balzer und Souplet 1892) aufmerksam gemacht. Diese untersuchten 424 Tripperkranke. Albumen fand sich im filtrirten Urin in 23% der Fälle, Spuren wurden dabei überhaupt nicht gezählt. Nachdem noch Albuminurien von nur 3—4 Tagen Dauer und

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

sonst irgendwie nicht einwandfreie Fälle ausgeschieden worden waren, blieben 12% übrig, im Ganzen 50 Kranke. Davon hatten die meisten Epididymitis. Von den 10 am schwersten Kranken, die den oben erwähnten Eindruck einer schweren Infektion machten, hatte keiner Cystitis. Das ist hervorzuheben, weil ausdrücklich eine Ureteropyelonephritis hier ausgeschlossen werden soll. Die Autoren unterscheiden demnach bei Tripper folgende Arten von Albuminurie: 1) Albuminurie in Folge von Cystitis und Pyelonephritis, 2) leichte Albuminurie, die bei Ruhe und Milchdiät nur einige Tage dauert; Cystitis ist nicht deutlich ausgesprochen, 3) Albuminurie *ohne* Cystitis, meist mit, bisweilen aber ohne Epididymitis. Diese Art ist ein Ausdruck der allgemeinen Infektion. Ich habe es mir angelegen sein lassen, bei allen Epididymitiden, die mir vorkamen, den Urin zu filtriren und auf Eiweiss zu untersuchen und war manchmal erstaunt über den beträchtlichen Eiweissgehalt, der durchaus nicht der Trübung des Urins entsprach. Das Vorkommen dieser Albuminurie ist wichtig, sie ist der Ausdruck einer Nephritis, die in Folge des Trippers, aber nicht durch direkte Fortpflanzung von der Harnröhre aus entstanden ist. Es geht daraus hervor, dass in der Anamnese Nierenkranker einiges Gewicht auf die vorhergegangenen Tripper zu legen ist.

Wenn ich von schwereren Symptomen bei Epididymitis rede, so muss ich der sogenannten peritonitischen Reizung gedenken. Es ist nicht gar selten, dass heftige Schmerzen im Leibe entstehen, es kommt sogar zu Erbrechen und Collaps. Man hält diesen schweren Zustand gewöhnlich (und vielleicht mit Recht) für vom peritonäalen Hodenüberzug reflektorisch hervorgerufen und hat sich noch gescheut, an eine leichte *Peritonitis* zu denken. Es muss aber betont werden, dass der Tripper nicht nur beim Weibe, sondern auch beim Manne recht wohl Peritonitis erzeugen kann. Bei den Frauen allerdings häufiger. Ich habe schon erwähnt, dass die Wand der Tube bis in den peritonäalen Ueberzug mit Gonokokken durchsetzt gefunden wurde, der Weg durch das Ostium der Tube steht ihnen ferner zum Eintritt in's Peritonaeum frei, und es kommt auch bisweilen ein gonokokkenhaltiger Eitersack zum Bersten. Die Adnexerkrankungen beim Manne sind nicht so häufig. Wenn aber die Samenbläschen oder die Ampulle des Vas deferens inficirt werden, so ist das benachbarte Peritonaeum gefährdet, besonders weil Obstipation dabei zu bestehen pflegt. Es wurden im vorigen Jahre von Zeissl 3 Fälle von Epididymitis und Peritonitis mit Ausgang in Heilung bekannt gegeben. Alle drei hatten als gemeinschaftliches Symptom: blutige Pollutionen. Zeissl schliesst daraus, dass eine Spermatocystitis vorhanden gewesen ist und von dieser aus das Bauchfell in Mitleidenschaft gezogen wurde. Ferner wurden von Horovitz (1892) 3 Fälle von gonorrhoischer Peritonitis mit Epididymitis beim Manne klinisch beobachtet und veröffentlicht. Er schliesst aus dem klinischen Bild, dass die Infektion vom erkrankten Nebenhoden im Lymphgefässe des Vas deferens sich verbreite. Diesem Lymphgefäss gehört eine an der hinteren Wand des kleinen Beckens gelegene Lymphdrüse an, welche anschwellen, abscediren und eine Entzündung des benachbarten Zellgewebes und des Peritonaeum verursachen kann. So erklärt er sich den zuweilen zu fühlenden Tumor und durch diesen die Schmerzen beim Stuhlabsetzen und die ischiadischen Schmerzen längs des ganzen Beines, über die bisweilen bei Epididymitis geklagt wird. Sein zweiter Fall sei kurz angeführt: Ein 31jähr. Mann bekam am 10. Tage seines Trippers Epididymitis. Einige Tage später heftige Schmerzen in der Gegend des Foram. ischiadic. maj., die bis in das Hüftgelenk ausstrahlten und bei Strecken und Beugen des Beines erheblich zunahmen. Dazu traten Schüttelfröste, heftigste Leibschmerzen, Meteorismus, Erbrechen: also Peritonitis, die nach 3 Wochen in Heilung ausging. Auch mir ist aus der Zeit, in der ich als Hülfsarzt am Stadtkrankenhause (Abtheilung des Herrn Hofrath Dr. Martini) thätig war, ein Fall von Peritonitis bei einem Tripperkranken erinnerlich. Der Pat. hatte zunächst Prostatitis und Cystitis mit Blasenblutung, dann unter Schüttelfrösten Leibschmerzen, Meteorismus, heftiges Erbrechen und schweren Allgemeinzustand, in Folge dessen er tagelang in Lebensgefahr schwebte; aber er erholte sich, um gleich darauf eine eitrige Coxitis zu bekommen, wegen der er nach der chirurgischen Abtheilung verlegt wurde. Er wurde da geheilt. Das Hüftgelenk ist eines der seltener befallenen. Aber der Fall steht nicht vereinzelt da. Kein Gelenk wird verschont, wie aus der grossen casuistischen Literatur ersichtlich ist. Am häufigsten erkrankt das *Kniegelenk*, aber auch die Schulter, die Wirbelgelenke, das Sternoclaviculargelenk, die kleinen Gelenke am Fusse werden ergriffen. Die Art der Erkrankung ist eine mannigfaltige: akut und chronisch. Die Symptome können ohne Fieber auftreten und nur subjektive sein, d. h. nur in Schmerzen bestehen, aber bekanntlich auch mit Fieber in Schwellung und Röthung. Das Exsudat kann klar, trüb und rein eitrig sein. Oft ist vergebens in ihm nach Gonokokken gesucht worden, es sind natürlich auch Eiterkokken gefunden worden, aber in einer grossen Zahl von Fällen, mit deren Aufzählung ich nicht Zeit verlieren will, wurden *nur* Gonokokken und keine Streptokokken mikroskopisch und vor Allem durch Cultur nachgewiesen. Als *klinische charakteristische Zeichen* möchte ich nur anführen: besonders den meist monoartikulären Anfall, den Misserfolg des Salicyl (dagegen ist Antipyrin, Kal. jodat. ana 5:150, 3mal täglich 1 Esslöffel neben der Ruhigstellung des Gelenkes oft von Erfolg) und eine gewisse Unreinheit des anatomischen Bildes, die sich in manchen Fällen, besonders in subakuten

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

und chronischen, zeigt. Es ist nämlich nicht nur das Gelenk allein erkrankt, sondern auch die benachbarten Theile: Epiphysen, Schleimbeutel und Sehnenscheiden sind betroffen. In manchen Fällen erweist sich bei genauer Untersuchung gar nicht das Gelenk als krank, über welches die Patienten klagen, sondern ein Punkt seiner Umgebung. Besonders charakteristisch scheint mir die Schmerzhaftigkeit von Sehnenansatzpunkten, die Schmerzhaftigkeit und Verdickung von Knochenvorsprüngen zu sein. Es wurde darauf vor einigen Jahren aufmerksam gemacht und ich habe es wiederholt bestätigt gefunden. Ein Patient klagt über Handgelenkschmerzen: bei der Untersuchung ist nur der Process. styloid. radii hart geschwollen und schmerzhaft, ohne Hautröthung; ein anderer klagt über Fussgelenkschmerzen, und es zeigt sich die Tuberosit. oss. navicul. vergrössert und schmerzhaft, oder nur der Calcaneus vergrössert oder der Ansatzpunkt der Achillessehne auf Druck schmerzhaft. Ich habe Gelegenheit gehabt, diese 3 Erscheinungen nacheinander bei einem Patienten, bei wiederholten Infektionen auftreten zu sehen. Diese Schmerzpunkte am Fusse sind so auffallend, dass ein französischer Autor (Jacquet) dafür den Ausdruck: pied blennorrhagique, d. h. Tripperfuss, gebraucht hat. Er traf das Os calcan. unter 12 Fällen von sogenanntem Tripperrheumatismus 2mal beiderseits vergrössert und schmerzhaft. Für die Erkrankungen der Sehnen und Schleimbeutel ist von Róna in Budapest eine Reihe sehr wichtiger und interessanter Fälle veröffentlicht worden: im 1. betraf die Entzündung die Sehnenscheide des M. extens. poll. brev., im 2. die des Ulnar. ext., im 3. die des Extens. digit. V. propr., also alles oberflächlich gelegene, leicht zu fühlende Sehnen. In einem 4. Falle, in dem Schmerzen an der Plantarfläche beider Fersen vorhanden waren, nimmt R. eine Erkrankung der weniger bekannten Bursa subcutanea calcanei an.

Ich möchte kurz nochmals auf den bereits erwähnten Kr. zurückkommen. Dieser kam im Mai 1892 zu mir mit Urethritis virul. post. et anter. Es war die zweite Gonorrhöe. Die erste hatte er $1^1/_2$ Jahr vorher gehabt und in deren Verlauf angeblich auch Nierenentzündung und mehrmals Regenbogenhautentzündung. Ich gab zunächst darauf nicht viel. Sein neues Leiden war complicirt: er war matt und blass, hatte beiderseitige Leistendrüsenanschwellungen, die später abscedirten, und Gelenkschmerzen. Am linken Fuss, am inneren Rand harte Schwellung in der Gegend des Os navicul. und Schmerzhaftigkeit; am rechten Fuss Verdickung des Os calcan. und Schmerzhaftigkeit am Ansatzpunkte der Achillessehne. Diese Stellen waren besonders beim Treppensteigen schmerzhaft und, da der Pat. in seinem Berufe auf der Leiter stehen musste, so war er erwerbsunfähig und blieb es das ganze Jahr. Die Urethritis besserte sich. Im März 1893 inficirte Pat. sich zum dritten Male und erschien mit akuter profuser Blennorrhöe. Dazu gesellte sich nun eine zweifellose Iritis, und im Juni klagte er über Handgelenkschmerzen. Es zeigte sich die Gegend des Proc. styloid. rad. hart geschwollen und schmerzhaft. Ein leichter Ikterus bestand nebenbei auch noch. Syphilis war nicht vorhanden.

Dieser Fall zeigt die hartnäckigsten Complikationen der Blennorrhöe und zeigt zweitens, wie sowohl die Knochenaffektionen, als auch die Iritis bei neuer Infektion recidivirten. Drittens bestätigt er eine weitere Erfahrung: die seltneren Complikationen, zu denen ich die Krankheiten der Nerven und Sinnesorgane, die Exantheme und die Herzkrankheiten rechne, bestehen nicht, ohne dass auch Gelenkaffektionen vorhanden sind.

Die Casuistik der *Nervenkrankheiten,* die im Gefolge von Tripper auftreten, ist eine gewaltige. Die häufigste ist die Tripperischias, schon 1883 von Fournier beschrieben. Nächstdem werden der N. cruralis und obturatorius, zuweilen aber auch jeder andere Nerv erkrankt gefunden. Es bestehen dabei Schmerzen, Lähmungen und rapider Muskelschwund, oder nur Schmerzen allein, und zwar heftigster Art. Oft beginnt das Leiden mit Parästhesien, die auf Perineuritis hinweisen. Engel-Reimers, Spillmann und Haushalter haben Polyneuritiden mit Lähmung der Extremitäten-, Gesichts- und Kaumuskeln beschrieben, mit Ausgang in Heilung, u. A. bei 3 Schwangeren. Der Erstere erwähnt auch Entzündung der Nervenwurzeln bei gonorrhoischer Erkrankung der Wirbelgelenke. Von Panas wurde Neuritis optica (Arthritis dabei!), von Fischel Taubheit durch vermuthete Erkrankung des Acusticus im Labyrinthgebiet (Epididymitis dabei!) mit Ausgang in Heilung beschrieben. Aber noch schwerere Nervenkrankheiten wurden in Verbindung mit Gonorrhöe beobachtet: spinale und cerebrospinale Meningitiden und Meningomyelitiden. Ich nenne als Autoren: Peter, Hayem-Parmentier, Engel-Reimers, E. Leyden, Tarnowsky, Trapesnikow, Stiénon, Dufour, Fournier und Charcot. Ein Theil der Kranken genas, in anderen Fällen kam es zur Sektion: es wurden Erweichungsherde gefunden; das Suchen nach Kokken war erfolglos.

Die *Hautaffektionen* sind meistens vaskulöser Natur, z. B. beschrieb Unna ein Erythanthem mit urticarieller und bullöser Abwandlung. Eine ganz andersartige Erkrankung wurde von Vidal beschrieben: ein Gonorrhoiker, der gleichzeitig an Polyarthritis litt, bekam eine Dystrophie der Hornsubstanz, derart, dass sich die Nägel aller Zehen und der meisten Finger abstiessen und sich an verschiedenen Orten Hyperkeratosen, an den Händen und Fusssohlen diffuse Schwielen bildeten, ein Vorgang, der natürlich an die Wirkung der Syphilis erinnert. Alles heilte aber mit dem Tripper, um nach 33 Mon., als der Pat. einen zweiten Tripper bekam, wieder aufzutreten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Ich komme nun zu den *Erkrankungen des Herzens.* Man darf nicht glauben, dass es ein Vorrecht des echten akuten Gelenkrheumatismus sei, das Herz in Mitleidenschaft zu ziehen. Eine gewisse Vorliebe haben alle Arthropathien, sich mit Endokarditis zu verbinden, so auch die Arthritis deformans und die Harnsäuregicht. Und schon seit lange giebt es klinische Beobachtungen, die den ursächlichen Zusammenhang einer Endokarditis mit gonorrhoischer Arthritis wahrscheinlich machten. Strümpell sagt in seinem Lehrbuch, dass Endocarditis gonorrhoica in seltenen, aber zweifellosen Fällen beobachtet worden sei. Nun kamen in neuester Zeit 3 Fälle von His, 1 Fall von Hecker in der militärärztlichen Zeitschrift (einen Soldaten betreffend, der, von Haus aus kerngesund, einen Tripper bekam, zu dem sich trotz Bettlage Endokarditis gesellte) und zuguterletzt einer von E. Leyden hinzu. Jede akute Endokarditis wird seit den Arbeiten von Köster und Klebs auf eine mykotische Infektion bezogen, und oft genug wurden Mikrokokkencolonien im Klappenbelag und in der Klappensubstanz nachgewiesen. Es waren meist Streptokokken. Nachdem der Gonococcus an so vielen Stellen des Körpers und in allerlei Geweben gefunden worden war, nachdem klinisch die mannigfaltigsten Wirkungen seiner Thätigkeit beobachtet worden waren, war es wahrscheinlich, dass auch auf dem Endokardium der Gonococcus selbst die gefährliche Entzündung verursache. Gar Manches fehlte bei den veröffentlichten Fällen zur Stichhaltigkeit. Zu einem sicheren Beweise fehlte vor Allem der Nachweis des Gonococcus an Ort und Stelle.

An *Erklärungen für die* bei der üblichen Geringschätzung des Gonococcus unmöglich erscheinenden *Complikationen* hat es nicht gefehlt. Da sagen die Einen, bei einer Krankheit, die so häufig ist wie der Tripper, findet man natürlich jede andere Krankheit zufällig einmal dabei; eine Iritis ist eine Complikation, die gar nichts Gemeinsames mit ihm hat. Im Besonderen sollen die Gelenkentzündungen ein nebenbei vorhandener akuter Gelenkrheumatismus sein. „Jede Gelenkentzündung bei Tripper", sagt ein Autor, „beruht auf Mischinfektion mit Syphilis." Vielleicht hat ihn der Erfolg des Jodkalium zu dieser irrigen Meinung gebracht. Der Misserfolg des Salicyl spricht gegen die andere Ansicht. Man muss aber vor Allem die Häufigkeit und Gehäuftheit gewisser Complikationen in Betracht ziehen. Wenn ausser der Urethritis und der Gelenkentzündung noch eine Ischias, oder ein Erythem oder eine Iritis vorhanden sind, so ist es von vornherein wahrscheinlich, dass es sich um etwas Anderes, als um gewöhnlichen Gelenkrheumatismus handelt, und wenn die Gelenkentzündung, oder das Sehnenscheidenexsudat oder die Ischias wiedererscheint, sobald der Betroffengewesene sich nach Jahren von Neuem per urethram inficirt, dann liegt es viel näher, die Gonorrhöe als einzige Ursache anzunehmen, als 2 Krankheiten und 2 Ursachen, die sich zu wiederholten Malen zufällig zusammenfinden. Das Auftreten der Complikationen steht ferner in einem eigenthümlichen Wechselverhältniss zum Ausfluss: dieser lässt nach, wenn das Gelenk erkrankt, und kommt zuweilen wieder, wenn das Gelenk gesund wird, wie bei der Epididymitis. Auf dieses klinische Zeichen, dessen Entstehung leider nicht klar ist, muss grosses Gewicht gelegt werden, denn es weist zweifellos auf einen inneren Zusammenhang zwischen der Harnröhren- und der Gelenkerkrankung hin und macht der Erklärung durch Mischinfektion grössere Schwierigkeiten als der durch Trippermetastase. Dass es sich um eine solche handelt, ist höchst wahrscheinlich. Wenn der Ort ihrer Aeusserung noch so ungewöhnlich wäre, wenn es ein Ikterus wäre, der unter solchen Umständen eintritt und sich wiederholt, man dürfte diese Ansicht nicht von der Hand weisen.

Andere Erklärer sagen: die spinalen Symptome und Neuralgien werden von den Gelenkerkrankungen aus reflektorisch hervorgerufen. Charcot hat sich u. A. dieser Ansicht bedient. Fournier nimmt für die Exantheme und Gelenksymptome auch eine reflektorische Entstehung an, ein Uebergreifen des Entzündungsreizes von der Harnröhre aus durch Rückenmark oder Sympathicus auf die trophischen Nerven. Nach Schedler (1880) sollen die Erytheme wie die Entzündungen der serösen und synovialen Häute vasomotorische Störungen sein.

Die Dritten sagen: die Complikationen sind allemal Mischinfektionen mit Eiterkokken, also *Mischinfektionen κατ' ἐξοχήν.* Ein so stark eitriger Katarrh enthält natürlich immer Eiterkokken, warum also nicht Mischinfektion? Zunächst ist dies nicht natürlich und nicht immer der Fall: schon bei der mikroskopischen Untersuchung des Trippereiters habe ich wiederholt gefunden, dass auf der Höhe der Eiterung der Gonococcus Alleinherrscher ist, und erst, wenn er im Verschwinden oder verschwunden ist, zeigen sich im Sekrete andere Kokken. Ferner habe ich schon oft erwähnt, dass in Eiter und Sekreten verschiedenster Abstammung (Ovarialabscesse, Tubensäcke, artikulärer Eiter, Lochialsekret u. s. w.) schon öfter nur Gonokokken gefunden wurden. Drittens wurde von Wertheim experimentell festgestellt, dass der Streptococcus sich auf dem Nährboden, auf dem der Gonococcus schon gewachsen war, gar nicht wohl fühlt, dass er auf solchem mangelhaft gedeiht. Es soll durchaus nicht verschwiegen werden, dass in einer Reihe von Fällen, in denen man klinisch Trippermetastasen annahm, in der Punktion-Flüssigkeit oder post mortem Eiterkokken gefunden wurden, so in Gelenken und in Tuben. Ferner sind einige der Fälle von Spinalmeningitis hier zu nennen und der erste unter den von His veröffentlichten 3 Fällen von Endokarditis, in dem sich septische Thrombose des Plex. pudendal. und Embolien an verschiedenen Orten fanden. Diese

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Fälle beweisen nur, was gar nicht mehr zu beweisen war, dass eine Mischinfektion mit Eiterkokken vorkommt. In gewissen Fällen kann nach Allem, was wir wissen, gar nichts Anderes angenommen werden, namentlich bei den Entzündungen mit nekrotisirenden und einschmelzenden Eigenschaften. Es würden hierher Phlegmone, Caries in Gelenken, Geschwüre in der Harnröhre gehören und die seltenen Fälle von eitriger zerfallender Orchitis und Epididymitis, die zu fistulösem Durchbruch führen und Fungus vortäuschen (F. benignus). Es soll also gar nicht das Vorkommen von Mischinfektionen geleugnet werden, sondern nur die verallgemeinernde Behauptung, jede Trippercomplikation sei eine solche, ist zurückzuweisen. Schon durch den Verlauf wird dies unwahrscheinlich gemacht. Eine Peritonitis mit Streptokokken hat einen viel böseren Charakter als die gonorrhoische, denn das gonorrhoische Exsudat tritt gewöhnlich an umschriebenen Stellen auf und wird abgekapselt, beinahe wie ein aseptischer Fremdkörper. Alle Trippermetastasen haben mehr Neigung zu heilen, als die septischen Formen derselben Organerkrankungen. Selbst die Endocarditis gonorrhoica kann unter chronischem Verlaufe heilen.

Der Fall Leyden's verlief akut und tödtlich. Ich komme auf ihn jetzt zurück, weil er den ersehnten Beweis erbracht hat, dass der Gonococcus in den Klappenbelägen vorhanden ist. Der 22jähr. Kranke kam mit chronischem Tripper, Epididymitis, Schwellung und Schmerzen im rechten Knie und in beiden Fussgelenken in das Krankenhaus. Daselbst traten erst die Erscheinungen einer malignen Endokarditis, dann einer akuten infektiösen Nephritis hinzu, und der Kr. starb unter schnellem Kräfteverfall nach 12 Tagen. Bei der Sektion fanden sich: ulcerative Endokarditis mit polypösen Auflagerungen, Myokarditis, Milzschwellung, Nephritis und Infarkt in der Milz. Der Fall ähnelt einem anderen ausserordentlich, den Leyden 1882 auch als gonorrhoischen beschrieben hat. In der neuen Mittheilung geht er die Literatur, die diese Frage betrifft, durch und zählt 20 Autoren dabei auf. In den 60er und 70er Jahren sind es besonders die Franzosen, darunter Trousseau, später auch Deutsche, darunter Traube. — Die bakteriologische Untersuchung ergab Folgendes: aus dem Blut wurde sowohl in vivo, als auch post mortem nichts erhalten. Das ist auffällig, wie Leyden sagt, weil es sonst bei der gewöhnlichen septischen Endokarditis gelingt, die Bakterien im Blute nachzuweisen. Es ist also eine andere Art als die gewöhnliche zu vermuthen. Die Vegetationen von den Klappen wurden in Schnitten untersucht und darin der Gonococcus Neisser gefunden. Die Diplokokken mussten als dieser angesprochen werden, weil sie bei der Reagentienbehandlung und unter dem Mikroskop alle zu fordernden Eigenschaften zeigten: 1) die Semmelform, 2) färbten sie sich nicht nach Gram, 3) wurden sie durch Alkohol leicht entfärbt, worauf bei Schnitten Bumm und Wertheim hingewiesen hatten, 4) fanden sie sich, abgesehen von den Pilzrasen am Rande, zum grossen Theile in charakteristischer Weise im Zellenleibe, oder zwischen den Zellen in kleinen Haufen, freigeworden durch Zerstörung des sie vorher beherbergenden Zellenleibes. Ferner wird hervorgehoben, dass sich keine andere Bakterienart, weder im Mikroskop, noch durch Cultur, nachweisen liess. Es fehlt nun freilich die Züchtung der Reincultur, und es ist auch keine Harnröhre geimpft worden. Das ist sehr schade; aber ich möchte mich den Schlussbemerkungen Leyden's anschliessen: „Die Darstellung in Reincultur kann nicht als wesentlicher Mangel bezeichnet werden, da die obigen Merkmale bestimmt genug sind, so dass ein Zweifel über die Natur der vorgefundenen Diplokokken nicht entstehen kann. Die Ansiedelung der Gonokokken auf dem Endokard ist eine bemerkenswerthe Thatsache; indessen kann sie insofern nicht überraschen, als wir nunmehr wissen, dass das Blutserum ein sehr geeigneter Boden für das Gedeihen dieser Pilze ist. Dass ein Transport der Gonokokkenzellen in Lymphe und Blut leicht geschehen kann, ist fast selbstverständlich, so dass es bisher nur an dem thatsächlichen Beweise dieser Thatsache fehlte." Ich möchte dem noch hinzufügen: das Fehlen der Cultur ist deshalb zu bedauern, weil es ja noch einen anderen Diplococcus mit denselben mikroskopischen Eigenschaften geben könnte. Soll man aber alle klinischen Erscheinungen, das Vorhergehen eines typischen Harnröhrentrippers mit Epididymitis und Arthritis, soll man den Werth der in der Literatur angehäuften Beobachtungen, die auf das gefundene Resultat hinweisen, für nichts ansehen, blos weil die Cultur fehlt? Ist man etwa auch so skeptisch bei dem Tuberkelbacillus? Wenn die klinischen Erscheinungen noch so gering sind, man zweifelt ihn nicht an, wenn er mikroskopisch nachgewiesen ist, aber nicht in Cultur. Wenn Jemand den Gonococcus auf einem Geschwür im Munde bei einem Matrosen, der keinen Harnröhrentripper hat, gefunden zu haben glaubt und daraus die Diagnose „Gonorrhöe des Mundes" macht, da verlangt man mit Recht mehr Beweise, denn da bestehen keine anderen klinischen Zeichen, die diese Diagnose stützen, und der Mund beherbergt jeder Zeit viele Arten von Kokken, darunter vielleicht einen solchen, der eine Verwechselung gestattet. Ganz anders beim Endokard! Ich glaube, dass durch Leyden die entscheidende Thatsache beigebracht ist, die den Streit, ob es sich bei den Trippercomplikationen um zufällige Complikation mit anderen Erkrankungen, oder ob es sich immer um Mischinfektion mit Strepto- oder Staphylokokken, oder um reflektorische Angioneurosen, oder um Trippermetastasen, *echte primitive Complikationen der Harnröhrengonorrhöe* handelt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Die Leyden'sche Beobachtung beweist, dass der Gonococcus im Blute cirkulirt. Der ulceröse Charakter der Endokarditis steht nun freilich zunächst in Widerspruch zu dem oben Gesagten, eine einschmelzende Kraft des Gonococcus sei noch nicht bewiesen. Ich bleibe dabei auch für das Allgemeine. Beim Endokard liegen die Verhältnisse eben anders, als im interstitiellen Gewebe, oder auf der Schleimhaut. Der ewige Wechsel von Zerrung und Erschlaffung macht natürlich die Entzündung schwerer, auf jede gelockerte Stelle, in jede Spalte schlägt sich ein Gerinnsel nieder und bildet einen todten Keil, der Ernährung und Contakt stört! Die Zukunft bringt uns hoffentlich noch mehr Beweise durch Versuche mit intravenöser Injektion von Reincultur.

Der Tripper nimmt nach alledem eine bedeutungsvolle Stellung unter den Krankheiten ein. Man kann ihn zwar nicht neben die Syphilis stellen, denn der Verlauf seiner Complikationen ist kein typischer. Der Vergleich mit der sekundären Pyämie, z. B. nach Phlegmone, wird durch den Umstand nahegelegt, dass in der Mehrzahl der Fälle der Tripper eine lokalisirte, virulente Krankheit zu sein scheint, wie für gewöhnlich die Phlegmone oder das Panaritium, und nur unter ungünstigen Umständen Metastasen macht. Das trifft sich mit dem von Jaquet gebrauchten, hässlichen Ausdruck: Gonohémie, aber diesen Vergleich kann man nicht durchführen, besonders weil beim Tripper die Infektion von einer Schleimhaut ausgeht. Ich glaube daher am ehesten, dass der Tripper wie die Diphtherie zu betrachten sei, auch die meisten Diphtheriefälle laufen glücklicherweise in der Rachenschleimhaut und ihrer Umgegend ab, die Diphtherie ist aber trotzdem eine allgemeine Infektionskrankheit, auch wenn keine Nephritis, keine Lähmung und keine Pneumonie eintritt. Fast möchte ich auch den Keuchhusten zum Vergleich anführen, der noch häufiger sich nur lokal abspielt, als Entzündung des unteren Theiles der Trachea, und doch sind die nervösen Erscheinungen und die neuerdings bekannt gewordene akute Nephritis Zeichen einer Allgemeininfektion. Die Analogie ist hier noch interessanter, weil von Ritter in 18 Fällen Diplokokken aus dem Sekret gezüchtet wurden. Ich betrachte nach alledem die Gonorrhöe als *eine allgemeine Infektionskrankheit,* deren Hauptschauplatz und Porta infectionis die Harnröhre ist. Die allgemeinen Erscheinungen wechseln wie bei vielen anderen Infektionskrankheiten, z. B. bei Typhus, von den leichtesten, die kaum Krankheit zu nennen sind, bis zu den allerschwersten und vielseitigsten. Am häufigsten bestehen sie nur in Anämie und Mattigkeit, pflegen aber als solche kaum beachtet zu werden.

Die schweren Folgen und die Tragweite der Gonorrhöe werden im Laufe der Zeit entschieden zu allgemeiner Anerkennung gelangen, und es werden öffentliche Maassregeln gegen diese Krankheit ergriffen werden, die wegen ihrer Häufigkeit eine wahre Volkskrankheit zu nennen ist. Der Gonorrhöe entgehen leider nur wenige von den Männern, die den unehelichen Coitus begehren. Es wäre leichter, die zu zählen, die frei davon bleiben, als die Erkrankten! Aber noch trauriger ist es, dass der Tripper oft unbewusst auch in die Ehe eingeschleppt wird, und dass auch die allerunschuldigsten kleinen Kinder daran erkranken.

Die *Urethritis kleiner Knaben und die Vulvovaginitis* haben bisher meist für katarrhalisch gegolten oder wurden auf Würmer, Fremdkörper oder Harnsäure bezogen und eine gonorrhoische Infektion nur für die Ausnahme gehalten; durch die neueren Untersuchungen ist die Häufigkeit der letzteren bewiesen worden. Wohl mit Recht werden die Berührung mit Bettwäsche, die von Erwachsenen der Familie mit Trippereiter befleckt worden ist, ferner der Gebrauch von solchen Handtüchern und Schwämmen oder der Finger Erwachsener der Uebertragung beschuldigt. Ich nenne von Autoren Epstein, Berggrün, Cséri, Róna, Bokai, Cassel und erwähne, dass von Berggrün 11mal unter 31 Vulvovaginitiden bei Kindern der Gonococcus auch durch Cultur nachgewiesen wurde. Es wurden natürlich auch Complikationen aller Art beobachtet. Róna, der von 1888—1893 14mal Gonorrhöe bei Knaben von 1—13 Jahren beobachtete, erwähnt einen 15 Mon. alten Knaben mit beiderseitiger Epididymitis; in einer Familie waren 2 Brüder (8 und 13 J.) und 2 Schwestern (2 und 6 J.) krank! Bokai fand bei einem 11jähr. Knaben nach Gonorrhöe eine Striktur. Cassel untersuchte 30 kleine Mädchen mit Vulvovaginitis und fand bei 80% Gonokokken. Diese Erkrankungen werden natürlich zuweilen auch chronisch und hinterlassen Reste, die unter Umständen nach Jahren wieder der Ausgangspunkt neuer Erkrankungen oder Verschlimmerungen sein können. So sind diese Erfahrungen wohl geeignet, auf Adnexerkrankungen, Uterusdeformitäten oder Peritonitiden, die bei Jungfrauen, deren Unschuld zweifellos ist, im Entwicklungsalter auftreten und bisher von dunkler Aetiologie waren, ein Licht zu werfen.

Bedenken Sie nun noch, wie häufig die Gonorrhöe, besonders, wenn sie die Bewegungsorgane befällt, Männer erwerbsunfähig, wie häufig sie Frauen steril macht und bei der Zunahme ihrer Verbreitung geradezu zur Entvölkerung führen kann, so ist es klar, das der Tripper eine hohe sociale Bedeutung hat.

Wie wichtig sind da *Prophylaxe und Behandlung!* Aber leider sind beide mit grossen Schwierigkeiten verbunden. Die chronische Blennorrhöe der Harnröhre setzt sich in den Drüsen und im submukösen Gewebe fest, um zwar in vielen Fällen von selbst zu heilen, in anderen aber erst mit Hülfe der Behandlung, die Monate lang und manchmal Jahre lang auf Erfolg wartet, und in

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

weiteren Fällen in vollkommener Weise nie zu heilen. Sind die Drüsen und Lacunen der Harnröhre in grosser Zahl vorhanden und erkrankt, wie man ja im Endoskop leicht sehen kann, so werden einige von ihnen immer der Behandlung sich entziehen oder widerstehen trotz der vielen Instrumente, die dazu empfohlen werden. Man kann die Behandlung nicht in unabsehbare Zeit ausdehnen, um die Harnröhre in ihren Status quo ante zu bringen, schon deshalb nicht, weil die Geduld der Patienten, die von ihrer Krankheit nichts mehr fühlen und sehen, nicht so lange auszureichen pflegt. Es kommt dann darauf an, festzustellen, ob noch eine Ansteckung möglich ist oder nicht. Könnte man dies mit Sicherheit, so wäre es angenehmer und ganz berechtigt, das nicht mehr infektiöse Stadium des chronischen Trippers, ausgenommen Strikturen, der Mutter Natur zu überlassen. Aber leider kann man hier nur Wahrscheinlichkeiten und Vermuthungen aussprechen und erhält bisweilen durch die Verheirathung seiner Patienten und die folgende Infektion, bez. Nichtinfektion der Frau die überraschendsten Berichtigungen seiner Prognose.

Wir sind deshalb nicht im Besitze bestimmter Kriterien, weil *der negative Gonokokkenbefund* uns keinen Schluss erlaubt, so eindeutig auch der positive ist. Die Fäden an sich sagen uns wohl, dass noch Schleim abgesondert wird, dass noch Desquamation und entzündliche Exsudation bestehen; man kann an ihnen auch im günstigen Falle das Fortschreiten der Heilung beobachten, insofern, als sie weniger und kleiner werden, die Leukocyten abnehmen und die Epithelien an Zahl überwiegen; aber sie beweisen an sich noch nicht, dass die Blennorrhöe noch virulent ist. Manche Männer, die noch kleine Fäden im Urin haben, heirathen und inficiren nicht; im Laufe der Zeit verschwinden die Fäden. Aber andere inficiren, und dann passirt es, dass der Gynäkolog das klinische Bild der typischen Gonorrhöe bei der Frau nachweist, und trotzdem findet der Androlog in den Fäden des Mannes keine Gonokokken, selbst wenn er stundenlang sucht. Im Endoskop sehen wir die anatomischen Veränderungen der Harnröhre. Der Ausspruch des Gynäkologen hat uns über ihre virulenten Eigenschaften aufgeklärt, aber das endoskopische Bild an sich lässt uns vollkommen im Ungewissen darüber, ob in dem jeweiligen chronischen entzündlichen Herde der Gonococcus noch sitzt oder ob wir darin blos noch eine Folge und einen Rest seiner ehemaligen Thätigkeit sehen. Ein anderes Mal finden wir die stärksten Veränderungen endoskopisch bei einem Manne, dessen Ehefrau gesund und mit Kindern gesegnet ist. Diese Widersprüche, die in der Praxis leider oft genug vorkommen, lehren uns, dass aus dem negativen Gonococcusbefunde absolut kein Schluss zu ziehen ist; er nützt uns noch weniger als der negative Tuberkelbacillenbefund, bei dem ja ähnliche Erfahrungen gemacht werden. Richtet man sich nach dem Endoskop, d. h. hört man mit seiner Behandlung nicht auf, so lange noch anatomische Veränderungen im Endoskop zu sehen sind, so handelt man auf jeden Fall gewissenhaft.

Diese Schlüsse hatte auch Dr. Brőse in Berlin gezogen und mit zahlreichen Erfahrungen aus der Praxis gestützt. Es wurde ihm umgehend von Prof. Neisser geantwortet, dass die Gonokokkenuntersuchung für den Nachweis, ob die chronische Erkrankung noch infektiös sei, „unentbehrlich" sei, dass der negative Befund bei häufiger Untersuchung uns den Schluss erlaube, die Gonorrhöe sei geheilt; zwischen den Zeilen konnte man noch lesen, dass man freilich so gut wie Prof. Neisser mikroskopiren müsse.

Dadurch war ein schroffer Gegensatz geschaffen zwischen Akademiker und Praktiker. Zu ungefähr gleicher Zeit theilte Steinschneider, jetzt in Franzensbad, mit, dass er von Sekret, in dem mikroskopisch keine Gonokokken mehr zu finden waren, eine typische Reincultur auf mit menschlichem Urin versetztem Blutserumfleischpeptonagar gewonnen habe.

Diese Widersprüche lassen sich am bequemsten durch die Annahme erklären, dass der Gonococcus nach Ablauf seiner akuten Thätigkeit unter Umständen sich in eine andere Form (Involutionsform oder Sprossen) umwandelt, in der er lange Zeit, Jahre lang, sich erhält. Diese Form ist durch die bisher bekannten Färbemethoden nicht sichtbar zu machen und ist auch als solche nicht virulent, sondern erhält eine *Latenz der Gonorrhöe,* bis sie einmal unter besonders günstige Bedingungen gebracht wird und wieder auflebt und sich wieder zum Gonococcus in färbbarer und virulenter Gestalt entwickelt. Die günstigen Bedingungen werden entweder im künstlichen Nährboden geboten oder auf gereizten Schleimhäuten durch eine vermehrte Blutzufuhr, wie sie der gehäufte stürmische Coitus, die Menstruation oder das Wochenbett oder chemische Reize verursachen.

Wenn diese Hypothese bewiesen wird, so sind die Latenz der Gonorrhöe, die manchmal Jahre lang zu dauern pflegt und gerade deshalb an Dauersprossen in obigem Sinne denken lässt, und der Modus der Infektion, der bisweilen räthselhaft ist, klar. Es kommt vor, dass ein Patient zuverlässig angiebt: „Schon Monate lang verkehre ich mit demselben Weibe, ohne mich inficirt zu haben. Jetzt auf einmal bekomme ich von ihr eine Gonorrhöe; sie versichert, seit Monaten nur mit mir verkehrt zu haben, sich ganz wohl zu fühlen und bringt mir von zwei Gynäkologen Atteste bei, dass sie für gesund befunden sei"! Nach Obigem befindet sich die Frau in diesem Falle in der Latenz einer ehemaligen Gonorrhöe. Der verhängnissvolle Coitus hat kurz nach der Menstruation oder unter Umständen stattgefunden, in denen die Harnröhren-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

schleimhaut des Mannes blutreicher und empfänglicher war als sonst. Im 1. Falle hat sich beim Weib die Dauersprosse vorübergehend zur höheren Form: Gonococcus virulentus entwickelt, im 2. ist sie in die Harnröhre gelangt und hat sich da vervollkommnet und die Gonorrhöe hervorgerufen.

Diese Erklärung ist freilich nur Hypothese! Eine andere Meinung ist die: „Der Gonococcus bleibt Gonococcus, er bleibt auch in oder auf der kranken Schleimhaut, aber sehr vereinzelt und sehr versteckt. Hat man ihn bei 100 Untersuchungen nicht gefunden, so hat man eben noch nicht genügend untersucht und wird ihn vielleicht beim 1000. Schleimpräparate entdecken"! Diese Meinung kann man nicht widerlegen; sie erklärt aber nicht so bequem die obigen Schwierigkeiten. Eins müssen aber auch die Männer dieser Meinung zugeben, dass nämlich der negative Gonokokkenbefund Niemandem erlaubt, die Gonorrhöe für geheilt zu erklären.

Zur Entscheidung dieser Frage ist der theoretisch richtige Vorschlag gemacht worden, in einer verdächtigen Harnröhre durch eine reizende Einspritzung einen eitrigen Katarrh zu erzeugen und dieses Sekret zu untersuchen. Gewöhnlich sind aber die reizenden Mittel (Argentum, Sublimat) auch gleichzeitig antiseptisch oder coagulirend. Praktischer erscheint deshalb die Bierprobe, die von Wolff im neuesten Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten zu diagnostischen Zwecken empfohlen wird.

Zum Schlusse, meine Herren, nachdem ich Sie für die Wichtigkeit der Gonorrhöe, wie ich hoffe, eingenommen habe, muss ich im Interesse der Prophylaxe mein „ceterum censeo" aussprechen. Zur Prophylaxe der Gonorrhöe gehört vor Allem eine *praktische Regelung der Prostitution:* die Einschränkung der geheimen Prostitution durch Gestaltung genügend vieler Bordells und Berücksichtigung der Gonorrhöe bei der polizeilichen Controle und bei der Krankenhausbehandlung der Prostituirten.

IV. Ueber die sogenannte „Schlummerzellentheorie" von P. Grawitz.

Referat von Prosektor Dr. Beneke in Braunschweig.

1) Viering, Experimentelle Untersuchung über d. Regeneration d. Sehnengewebes. Virchow's Arch. CXXV. 2. 1891.

2) Grawitz, Ueber die schlummernden Zellen des Bindegewebes u. ihr Verhalten bei progressiven Ernährungsstörungen. Virchow's Arch. CXXVII. 1. 1892.

3) Grawitz, Ueber Lungenemphysem. Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 10. 1892.

4) Straube, Ueber d. Bedeutung d. atheromatösen Arterienerkrankung. Inaug.-Diss. Greifswald 1892.

5) Cronheim, Beitrag zur Histologie u. Entstehung d. spontanen Aneurysmen. Inaug.-Diss. Greifswald 1892.

6) Grawitz, Ueber d. Struktur d. Bindegewebes u. deren Bedeutung für die Histologie des Entzündungsprocesses. Berl. klin. Wchnschr. XXIX. 6. 1892.

7) Schmidt, Schlummernde Zellen im normalen u. pathologisch veränderten Fettgewebe. Virchow's Arch. CXXVIII. 1. 1892.

8) Kruse, Ueber Entwicklung, Bau u. pathologische Veränderungen d. Hornhautgewebes. Virchow's Arch. CXXVIII. 2. 1892.

9) Krösing, Ueber Rückbildung u. Entwicklung d. quergestreiften Muskelfasern. Virchow's Arch. CXXVIII. 3. 1892.

10) Schleiffarth, Ueber d. Entzündung d. serösen Organbedeckungen u. d. Gehirnhäute. Virchow's Arch. CXXIX. 1. 1892.

11) Heidemann, Ueber Entstehung u. Bedeutung d. kleinzelligen Infiltration bei Carcinomen. Virchow's Arch. CXXIX. 1. 1892.

12) Kickhefel, Zur Histologie u. zur systematischen Stellung d. schleimigen u. gallertigen Gewebe des Menschen. Virchow's Arch. CXXIX. 3. 1892.

13) Tenderich, Untersuchungen über d. Struktur d. normalen u. d. pathologisch veränderten Knorpels. Inaug.-Diss. Greifswald 1892.

14) Tenderich, Untersuchungen über genetische u. biologische Verhältnisse d. Grundsubstanz d. Hyalinknorpels. Virchow's Arch. CXXXI. 2. 1893.

15) Busse, Ueber d. Heilungsvorgänge an Schnittwunden d. Haut. Inaug.-Diss. Greifswald 1892.

16) Busse, Ueber d. Heilung aseptischer Schnittwunden d. menschl. Haut. Virchow's Arch. CXXXIV. 3. 1893.

17) Grawitz, Atlas d. pathologischen Gewebelehre. Berlin 1893. Rich. Schoetz.

18) Weigert, Die vermeintlichen Schlummerzellen u. ihre Beziehung zu d. Eiterkörperchen. Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 29. 30. 31. 1892.

19) Grawitz, Ueber die Umbildung von Grundsubstanz zu Zellen; Erwiderung u. s. w. Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 31. 1892.

20) Eberth, Schlummerzellen u. Gewebebildung. Münchn. med. Wchnschr. XXXIX. 43. 1892.

21) Eberth, Schlummerzellen u. Gewebebildung. Fortschr. d. Med. X. 24. 1892.

22) Berent, Ueber d. Heilung von Herzwunden, mit besonderer Berücksichtigung der *Grawitz'*schen Schlummerzellentheorie, nach Versuchen am Kaninchen. Inaug.-Diss. Königsberg 1892.

23) Hansemann, Das Krebsstroma u. d. *Grawitz'*sche Theorie der Schlummerzellen. Virchow's Arch. CXXXIII. 1. 1893.

24) Stroebe, Ueber Vorkommen u. Bedeutung d. asymmetrischen Karyokinese, nebst Bemerkungen über d. Schlummerzellen in d. verletzten Cornea. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XIV. 1. 1893.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

25) Yamagiwa, K., Zellenstudie an sich regenerirendem Sehnengewebe. Virchow's Arch. CXXXV. 2. 1894.

26) Shakespeare, Ueber d. Histologie d. Entzündungsvorgänge. Berl. klin. Wchnschr. XXIX. 26. 1892.

Die vorstehende Literaturzusammenstellung enthält diejenigen Arbeiten, in denen die Grundlagen der von Prof. P. Grawitz seit einigen Jahren vertretenen und unter dem Namen der „Schlummerzellentheorie" bekannt gewordenen Anschauungen über die Vorgänge bei Wundheilung, Entzündung und ähnlichen Processen dargelegt worden sind, sowie einige der hauptsächlichsten gegnerischen Schriften. Mit grosser Energie von der einen Seite vorgetragen, sind diese Anschauungen von der anderen Seite mit gleicher Energie zurückgewiesen worden; in der That handelt es sich bei der ganzen Frage um so grundlegende Punkte der Biologie, dass dieser Eifer wohl erklärlich ist. Da durch den jüngst erschienenen *Atlas der pathologischen Gewebelehre*, der ganz vorwiegend zur Begründung jener Lehren verfasst worden ist, seitens ihres Urhebers ein vorläufiger Abschluss und eine Uebersicht gegeben wurden, so ist nunmehr auch ein zusammenfassendes Referat über dieselben am Platze. Die Abfassung eines solchen wurde dem *Ref.* dadurch erleichtert, dass Prof. Grawitz die Untersuchung einiger Originalpräparate in liebenswürdigster Weise gestattete, wofür *Ref.* an dieser Stelle seinen Dank noch einmal wiederholen möchte. Wir verfolgen, da ein ausführliches Referat über jede Einzelarbeit wegen der häufigen Wiederholungen zu weit führen würde, den Plan, die Grundzüge der Grawitz'schen Lehre und ihre Begründung zunächst im Ganzen darzustellen und dann besondere Einzelheiten der verschiedenen Arbeiten nachzutragen; hieran schliesst sich die Besprechung der von den bisherigen Kritikern erhobenen Einwände und zuletzt in Kürze unsere eigene Kritik.

Der Kernpunkt der ganzen Lehre ist die Behauptung, dass die Zellenelemente der Bindegewebegruppe in Grundsubstanz in der Art umgewandelt werden, dass zunächst ihr Protoplasma, dann auch der Kern in die Form der homogenen Grundmasse (Fibrille, Knorpel, schleimige Intercellularsubstanz, Muskelsubstanz) übergeht; diese Masse, welche als beständiges Element die „Moleküle des Kerns, welche zeitweise eine andere Lagerung annehmen" (Krösing), enthält und am Stoffwechsel theilnimmt, ist in biologischer Hinsicht den Zellen selbst gleichwerthig, und vermag dementsprechend unter geeigneten Umständen auch wieder in die Form der Zelle zurückzukehren, indem irgendwo wieder zunächst ein unfärbbares, dann ein färbbares Kerntheilchen auftaucht, welches zu einem normal grossen Kern heranwächst und weiterhin einen Protoplasmamantel erhält, sodass nunmehr eine echte, durch Karyokinese vermehrungsfähige Zelle an Stelle der gleichzeitig verschwundenen Grundmasse liegt, eine Zelle, welche in ihrer Eigenart von derjenigen der zuerst vorhandenen sogar abweichen kann (sodass z. B. aus Muskelfasern oder Knorpelgrundsubstanz Bindegewebezellen entstehen können). Stirbt die Grundmasse aus irgend einer Ursache ab, z. B. bei anämischer Nekrose (Embolie der Kranzarterien u. Aehnl.), so schwindet auch die Fähigkeit der Zellneubildung. Die Umwandlung der Zellen in die Grundsubstanz bezeichnet Grawitz als *Einschlummern*, die Rückbildung der letzteren als *Erwachen*. Beide Processe seien im Körper ungemein häufig, und namentlich bei pathologischen Processen verschiedenster Art, Regeneration, Entzündung, Geschwulststromabildung u. Aehnl., spiele die Neubildung von Zellen aus erwachender Grundsubstanz eine grosse Rolle.

Der Hauptbefund, welcher immer wiederkehrt, besteht nach Grawitz's Angaben in dem Auftreten zahlreicher junger zelliger Elemente in der beschriebenen Stufenfolge, vom kleinsten Kernpartikelchen an, bei akuten Erregungsprocessen verschiedenster Art (Wundheilung, bakterielle und andere Entzündungen, Stromabildung bei Carcinomen), und zwar zu einem Zeitpunkt, in welchem Mitosen vollkommen fehlen, sodass an die Entstehung der jungen Elemente durch diese gegenwärtig ganz überwiegend supponirte Methode nicht gedacht werden kann. Die ersten Kernanfänge erscheinen entweder als kleinste stark färbbare Chromatinkörnchen oder als unfärbbare Kerne (das letztere Stadium scheint in den späteren Arbeiten nicht mehr angenommen zu werden, wenigstens werden derartige Kerne nie dargestellt und im „Atlas" ist die Stelle „es werden Kerne färbbar, welche vorher der Kerntinktion nicht zugänglich waren", wohl anders zu verstehen). Schon die ersten Stunden nach einer Verletzung, oder nach der Entwicklung eines Erysipels, einer Phlegmone u. Aehnl. gehen, wie Grawitz unzweifelhaft nachweist, mit einer Vermehrung der im mikroskopischen Schnitt färb-, bez. sichtbaren Kerne einher. Indem Grawitz diese Kernvermehrung durchaus für den Ausdruck einer numerischen Zunahme der Einzelkerne, bez. -Zellen auffasst, giebt es für ihn, nach Ausschluss der Mitose, drei Möglichkeiten der Entstehung dieses Zuwachses: die *Amitose*, die *Einwanderung* und das *„Erwachen" der Intercellularsubstanz*.

Die *Amitose* lässt Grawitz nur in den seltensten Fällen in geringem Umfange gelten, beweisende Bilder haben seine Präparate nicht geliefert. Dagegen führt er als Gegengrund sehr regelmässig an, dass die Kerne, z. B. im Sehnengewebe, bei den genannten Vermehrungsprocessen *alternirend*, nicht in einer Linie nebeneinander gefunden werden, dass vielmehr trennende Intercellularsubstanz zwischen ihnen besteht, welche eine Abschnürung der getrennt liegenden Kerne von einander undenkbar erscheinen lasse. Auch sehen die neu auftauchenden Kerne erheblich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

anders aus als die alten. Bei Corneaentzündungen geben allerdings Kruse und Grawitz an, dass bisweilen auch *innerhalb der protoplasmatischen* Ausläufer von Corneazellen Kerne erwachen können. Der naheliegende Schluss, dass es sich hierbei um Amitosen handeln könnte, wird indessen nicht gemacht.

Gegen die *Einwanderung* von *Bindegewebezellen* führt Grawitz zunächst die Erwägung an, dass bei einem Vorgang, der oft zu beträchtlichen lokalen Zellenanhäufungen führe, eine entsprechende Zellverarmung benachbarter Gebiete, aus welchen eben die Zellen in das kranke Gebiet hinüberwanderten, erwartet werden müsse, dass aber eine solche niemals gefunden werde. Weiterhin lasse sich eine Wanderung von Zellen in Spalträumen nicht nachweisen, da die betreffenden Kerne den Fibrillenbündeln dicht anliegen, bez. zwischen den einzelnen Fibrillen gefunden werden, nicht aber frei in Spalten; letzteres sucht Grawitz auch dadurch zu widerlegen, dass künstlich durch Druck auf das im Canadabalsam unter dem Deckgläschen liegende Präparat erzeugte Spalten zellenfrei erscheinen (!?). Hier mag noch erwähnt werden, dass nach den früheren Angaben dem Erwachen des Kernes die *Bildung eines Spaltraumes* vorausgeht, der Kern also innerhalb einer Spalte liegt; im „Atlas" wird diese Angabe nicht wiederholt. Der Hauptgegengrund besteht aber in der Angabe, dass die auftauchenden Kerne direkte Uebergänge zu den Intercellularsubstanzen zeigen. In zahlreichen Fällen beobachtete Grawitz, bez. stellt er in Wort und Bild dar, dass die neuen Kerne *innerhalb* homogen erscheinender Fibrillenbündel, elastischer Fasern u. Aehnl. auftreten, nicht neben ihnen. Diese Angabe stützt sich auf die Untersuchung der (meist unmittelbar oder kurze Zeit nach der Entnahme aus dem lebenden Körper in *Flemming*'scher Lösung fixirten, in Celloidin geschnittenen, meist mit Safranin und Pikrinsäure, oder Hämatoxylin und Eosin gefärbten) Balsampräparate mit starken Immersionsocularen.

Die Einwanderung von *Leukocyten,* mit deren Gesammthabitus die in den Entzündungsherden, Geschwulstinfiltrationen u. s. w. auftretenden Kerngebilde oft eine täuschende Aehnlichkeit haben, kommt doch nach Grawitz nur in den seltensten Fällen und in geringem Umfange vor; für die „kleinzellige Infiltration" bei jenen Processen kommt sie eben so wenig in Betracht als für die Eiterung. Für letztere hat Grawitz schon in einer früheren Arbeit den Standpunkt vertreten, dass durch Theilung der Bindegewebezellen und allmähliche Umbildung der Kerne der neuentstandenen runden kleinen Zellen zu gelappten Formen mit dunkelfärbbarem Chromatin, wie sie den Leukocyten zukommen, nicht aber durch Auswanderung von Leukocyten die Hauptsumme der Eiterkörperchen geliefert werde. Von dieser Anschauung ausgehend, dass ein modificirtes Bindegewebekörperchen einem Leukocyten zum Verwechseln gleichen *könne,* sieht Grawitz in allen derartigen Zellen nunmehr so lange Bindegewebezellen, bis ihre Auswanderung aus den Gefässen ad oculos demonstrirt werde, wozu ihm der Nachweis einer typischen Randstellung der Leukocyten im Lumen der kleinen Venen erforderlich erscheint. Jedenfalls genügt ihm, wie aus seinen Photogrammen hervorgeht, eine relative Vermehrung der Leukocyten in einem Venenquerschnitt, dichtes Anliegen einzelner Leukocyten an der Wand und gleichzeitige Durchsetzung dieser Wand mit einzelnen Leukocyten noch nicht als Beweis für die Auswanderung. Indem Grawitz somit die Leukocytennatur der leukocytenähnlichen Zellen rundweg leugnet, kann auch für ihn der Einwurf, dass bei jenen Kernvermehrungen, soweit es sich um leukocytenartige Kerne handelt, Leukocyteneinwanderung vorliege, nicht mehr bestehen. Auch für diese Zellensorte wird wiederholt das Fehlen einer Anordnung in Reihen, wie man sie bei hinter einander wandernden Zellen erwarten müsse, hervorgehoben; die Thatsache, dass statt eines dichten Anlagerns dieser Zellenform an die fibrilläre Grundsubstanz (wie es bei den Zellen vom „Endotheltypus" oben angegeben wurde) häufig eine helle Zone um die Zellen herum gefunden wird, in welcher sie frei zu liegen scheinen, erklärt Grawitz aus der Einschmelzung der Umgebung.

Hiernach spricht also, nach Gr.'s Anschauung, nichts für die Entstehung jener Kernvermehrungen durch die Vorgänge der Amitose oder der Zellenwanderung. Es bleibt also nur die dritte Möglichkeit einer Entstehung der fraglichen Elemente in loco aus dem schon vorhandenen Material der Grundsubstanz übrig. Hierfür gelten nun als Beweise zunächst wieder die Lagerungsverhältnisse der neuen Kerne und der Grundmasse zu einander, welche es wahrscheinlich machten, dass die ersteren die letztere direkt substituiren, und im Anschluss hieran die Formverhältnisse der jungen Kerne. Die kleinsten Formen — von den „unfärbbaren" sei hier abgesehen, da sie nicht genauer charakterisirt wurden — stellt Gr. als tief färbbare Pünktchen oder bacillenartige Stäbchen oder blassere rundliche Formen von dem Aussehen von Bindegewebezellkernen en miniature mit oder ohne besondere Chromatinkörnchen dar; im Verlaufe des weiteren Wachsthums bildet sich aus ihnen ein Kern gewöhnlicher Art mit der Fähigkeit zu mitotischer Theilung, oder es entwickeln sich „Abortivformen", nämlich Kerne mit dunkel färbbarem, homogenem, klumpigem Chromatin, welche wieder Leukocytenkernen täuschend ähnlich sehen können. Die neugebildeten Kerne, auch die „Abortivformen", erreichen das Höhestadium der Mitose, oder gehen schon vorher wieder in den „Schlummerzustand" zurück. Diese Entwickelungsreihe erschliessen Gr. und seine Schüler aus dem Nebeneinandervorkommen der beschriebenen Kernformen in ver-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

schiedener Mischung bei sämmtlichen Processen, welche zur Untersuchung kamen. Bei den meisten handelt es sich um Erregungszustände irgend welcher Art; aber auch die gewöhnliche Atrophie, der Gewebeschwund, geht mit dem „Erwachen" der Intercellularsubstanz einher und führt unter Umständen zu lebhaften Zellproliferationen; hierher rechnet Gr. z. B. die Auflösungsprocesse im Bindegewebe bei dem Eindringen eines Carcinoms oder den Gewebeschwund bei Emphysema pulm. (3).

Die Umwandlung der Zellen in Grundsubstanz läuft insofern etwas anders ab, als der Kernschwund nicht sowohl in Form der Rückbildung des Kerns zu immer kleineren Formen (wie es umgekehrt bei der Neubildung beschrieben wurde), als vielmehr in einem langsamen Abblassen des Kerns, d. h. zunehmender Chromatinverarmung, aber im Ganzen unter Beibehaltung der Form auftritt; zuletzt findet man Kerne mit ganz minimalen Chromatinmengen frei innerhalb der Grundsubstanz liegen oder solche, welche nur noch theilweise Chromatin enthalten und somit aus dem Schwund ihres charakteristischen Bestandtheils auf ihr allgemeines Zugrundegehen schliessen lassen. Hiernach besteht zwischen einschlummerndem und aufwachendem Gewebe ein erheblicher Unterschied, so dass sich die Kernformen beider Lebensstadien leicht von einander unterscheiden lassen. Eine besondere Form des Einschlummerns ist die Umbildung von Zellen zu Saftspalten. Die sämmtlichen Bestandtheile der Zellen schwinden, an ihrer Stelle bleibt nur ein „Saftkanälchen"; es ist nicht ganz ersichtlich, was mit dieser Vorstellung gemeint ist. Soviel *Ref.* verstanden hat, wird die Fortexistenz einer ganz zarten Membran angenommen, wenn auch eine solche nirgends beschrieben ist. So erklärt sich wohl z. B. die Stelle bei Heidemann: „im Bindegewebe erwachen Saftspalten mit länglichen Kernen, später mit ausgebildeten Zellen in ihren Wandungen, *die man vorher nicht gesehen hat, da sie als ganz platte kernlose helle Gebilde den benachbarten Fasern des ruhenden Bindegewebes eng angelegen haben*" und weiterhin die Behauptung, dass auch die Saftkanälchen wieder „erwachen" und Zellenwucherung zeitigen können.

Fassen wir das Wesentliche der ganzen Lehre nochmals zusammen, so lautet sie dahin, dass alle durch die Theilung entstandenen Gewebezellen der Bindegewebegruppe (über die anderen Zellenformen wird nichts angegeben) in einen der lebenden Zelle gleichwerthigen Aggregatzustand, nämlich die Grundsubstanz, überzugehen vermögen; thatsächlich sollen im erwachsenen Organismus etwa 95% aller vorhandenen Zellen sich im Schlummerzustande befinden. Die Grundsubstanz kann sich ihrerseits wieder in Zellen zurückbilden, doch ohne an die Form ihrer eigenen Bildungszellen, welchen sie auch ihre chemische Eigenthümlichkeit verdankt, gebunden zu sein. Da sie selbst in letzter Linie auf die Eizelle zurückzuführen ist, so widerspricht nach Ansicht der Greifswalder Schule (vgl. Tenderich) die neue Auffassung dem alten Virchow'schen Satz: „omnis cellula a cellula" nicht, ausserdem ist ja die Grundsubstanz eben nicht todt, sondern *lebende Substanz*. Deshalb weist Gr. den Vorwurf, dass er die Grundlagen der Cellularpathologie durch Zurückgreifen auf die alten Blastemtheorien umstossen wolle, zurück und bezeichnet seine Anschauungen nur als eine *Erweiterung* der Cellularpathologie Virchow's. Dagegen stimme die neue Lehre nicht überein mit der Anschauung Heitzmann's, nach welcher der ganze Organismus, bez. die gesammte Intercellularsubstanz von einem anastomosirenden Netz lebenden Protoplasmas durchsetzt ist, welches geeigneten Falles (bei Entzündungen u. s. w.) die abgelagerte *leblose* Grundsubstanz aufzulösen und somit einen „embryonalen Zustand" wieder herzustellen vermag. Im Resultat kommt diese Lehre allerdings auf dasselbe hinaus, nämlich auf einen lokalen Ersatz des grundsubstanzreichen und zellenarmen Gewebes durch zellenreiches grundsubstanzarmes; die Entstehung des letzteren aber ist, wie man sieht, bei Heitzmann und bei Grawitz verschieden.

Die erste Andeutung über die „Schlummerzellen" findet sich in Viering's (1) Arbeit über die Regeneration der Sehnenzellen und ist dieser, wie es scheint, erst nach Abschluss der übrigen Resultate angehängt worden auf direkte Veranlassung von Grawitz, der die betr. Bilder zuerst fand. Die Resultate Viering's stimmen im Allgemeinen mit den gegenwärtig allgemein geltenden Annahmen über die Wundheilungsvorgänge überein; Sehnenwunden, welche bei Kaninchen aseptisch angelegt wurden, heilen in der Weise, dass zunächst Leukocytenauswanderung, dann mitotische Zellvermehrung im benachbarten lockeren Bindegewebe der Sehnenscheide oder der Gefässcheiden auftritt; erst nach ca. 5 Tagen finden sich auch Zellvergrösserungen und Mitosen in den eigentlichen Sehnenzellen (darunter grosse mehrkernige Zellformen, welche gleichzeitig ruhende und mitotische Kerne, aber auch Leukocyteneinschlüsse enthalten können; bemerkenswerth ist hier auch die Angabe, dass protoplasmatische Netzverbindungen, welche zwischen den ruhenden normalen Sehnenzellen nur vermuthet werden konnten, nunmehr deutlich hervortreten), und die aus ihnen sich entwickelnde junge Zellenbrut mischt sich nun mit der zuerst entstandenen zu dem die Narbe bildenden Granulationsgewebe. Betreffs der Unterscheidung von Leukocytenkernen und Sehnenzellkernen ist V. durchaus sicher; er lässt Leukocyten mit den stärkeren Saftströmen reichlich in die Sehnenspalten, sowie nach nekrotischen Gewebetrümmern hin wandern und spricht ausserdem noch von wandernden Zellen, welche als junge Abkömmlinge des Bindegewebes anzusprechen seien. In dieser Beziehung steht V. also noch auf

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

dem alten Boden und in scharfem Gegensatz zu den späteren Ueberzeugungen seines Lehrers. Die Umwandlung des jungen Granulationsgewebes in Narbengewebe mit charakteristischer Längsstellung der Kerne ist zum Theil eine Folge der wieder eintretenden physiologischen Spannungsverhältnisse. V. ist überhaupt der Ansicht, dass die specifische Natur des Sehnengewebes von dieser *Spannung* abhängt, welcher mithin eine grosse Bedeutung für den ganzen Vorgang beizumessen ist (die Consequenz, dass die Wucherungsdifferenz z. B. der Sehnenscheiden- und Sehnenzellen bei der Sehnenheilung, wie überhaupt das Auftreten der gesammten Heilungsvorgänge überhaupt ganz wesentlich die Folge der *Entspannng* sei, wie *Ref.* es z. B. für die Vorgänge der „Thrombusorganisation" bewiesen zu haben glaubt, hat V. allerdings nicht gezogen; vgl. Yamagiwa).

Neben allen den genannten Zellenformen treten nun aber, bei Präparaten vom 5. Tage, an von der Wunde entfernteren, mitosenfreien Stellen, an welchen die Proliferationserscheinungen rein von regressiven Veränderungen sich finden, *innerhalb der sich erweiternden Spalten* zahlreiche, ebenso wie normale Sehnenzellen reihenweise angeordnete *Kerne* auf, *welche zunächst sehr schmal, chromatinarm, dann grösser und deutlicher* und nunmehr auch mit Zellenleibern versehen, oft auch *blattartig an einander gelagert* sind; sie gleichen zuletzt vollständig normalen Sehnenzellen. Leukocyten sind es wegen der charakteristischen Färbung nicht, eben so wenig sind es sich verkleinernde, etwa schon vorher hier reichlicher angesammelte Sehnenzellen, weil Rückbildungsvorgänge hier überhaupt fehlen. Die Möglichkeit der Amitose wird von V. eben so wenig wie die einer etwaigen Vergrösserung der Sehnenkerne unter Vorschiebung ungleich gestalteter Ausläufer erwähnt; so sieht er sich zu der Annahme gedrängt, dass diese Zellen unsichtbar in der normalen Sehne gelegenen, bei der Entzündung und Regeneration anschwellenden Elementen, „schlummernden Sehnenzellen", entsprechen; er erwägt die Möglichkeit, dass das langsame Schwinden der Zellkerne bei der späteren Ausbildung einer Narbe auch auf einem Uebergang der Granulationszellen in den Schlummerzustand beruhen könne. Zur weiteren Untersuchung dieser Fragen will er nur „eine vorsichtige Anregung gegeben haben".

Die nächstfolgende Arbeit von Grawitz (2) selbst steht bereits vollkommen auf dem Standpunkte, den wir oben im Allgemeinen kennzeichneten. Bei Einwirkung verschiedenster „Reize", keineswegs etwa nur bei Veränderungen bestimmter mechanischer Verhältnisse innerhalb der Gewebe (Wachsthumsdruck u. Aehnl.), erwacht die Intercellularsubstanz, welche nicht neben den Zellen entsteht, sondern Zellsubstanz im Schlummerzustande darstellt, in der Weise, *„dass man zuerst den Kern, anfänglich ohne Chromatingehalt, erkennt; dann bemerkt man in dem Kern kleinste Chromatinkörnchen, welche sich anscheinend sehr rasch vermehren"* u. s. w. Die sogen. „Erweichung" des Gewebes bei Eiterungen u. Aehnl. ist nichts Anderes als eben dieses Zelligwerden der Grundsubstanz. Die Kerne liegen im Bindegewebe Fasern von der Beschaffenheit der elastischen an oder scheinen sogar in ihnen eingeschlossen; in anderen Fällen erscheinen sie innerhalb von Fibrillenbündeln, deren Fasern sich von einander lösen, und zwar anfangs *frei in den Spalten.* Gleichzeitig mit der Vermehrung der Kerne erfolgt der Schwund der Grundmasse. Die Kerne bilden sich aber nicht immer bis zu vollkommenen Gewebezellen aus; sie können verklumpt, gekerbt, gelappt werden und dann Leukocyten ganz ausserordentlich ähnlich werden. Bei der Rückbildung der Gewebe, z. B. bei der Bildung der Fibrillen im subcutanen Fettgewebe eines 4monat. Kindes, werden die in Fasern eingeschlossenen Kerne immer schmaler, während die Fasern selbst allmählich dementsprechend ihre Reaktion gegen die Färbung verändern; die kernlosen ausgebildeten Fasern sind unfärbbar; die Endothelien der Saftkanälchen verlieren ihr Chromatin und „wandeln sich zu kernlosen Spalten um".

Die nächste Arbeit von Grawitz (3) über die Entstehung des Lungenemphysems überträgt die Anschauung vom Erwachen der Grundsubstanzen auch auf atrophische Zustände. Im Anschluss an Oedeme, Entzündungen, sowie senile Atrophie vermag das Lungengewebe zu erwachen, die neu entstandenen Zellen wandern aus den betr. Partien aus und so entsteht der dauernde Gewebeschwund, welcher das Emphysem charakterisirt. Den Beweis für diese Zellenauswanderung erblickt Gr. in dem Schwund des Pigments innerhalb der emphysematösen Stellen, welches sonst doch „für die Ewigkeit festgelagert" zu sein scheine. Dies Erwachen bei atrophischen Vorgängen wird durch die Arbeiten von Straube (4) und Cronheim (5) auch auf die Gewebeveränderungen bei der chronischen Endarteriitis übertragen; das Atherom entsteht, indem das atrophische Intimagewebe bei älteren Leuten erwacht und Zellen bildet, die dann wieder durch Verfettung zu Grunde gehen. Die auslösende Ursache für diese Vorgänge findet Str. in einer Compression der Intima durch den anprallenden Blutstrom. Auch die Mediaveränderungen bei Aneurysmen beruhen auf gleichen Vorgängen. Aehnlich äussert sich Grawitz (6).

Wichtiger als die letztgenannten zwei Anfängerarbeiten ist die Untersuchungsreihe von Schmidt (7) über das Fettgewebe, in welcher namentlich auch dessen Entwickelung ausführlich besprochen wird. Die Fetttropfen liegen nach Schm.'s Angaben nicht innerhalb des Protoplasma einer einzigen Zelle, sondern sind von einer Membran umschlossen, die durch Verschmelzung zahlreicher fetttröpfchenhaltiger Zellen, welche aber durch Uebergang in den Schlummerzustand sich

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

im späteren Stadium der Beobachtung entziehen, entstanden ist. Je eine solche Membran stellt also einen ganzen *Zellenverband* dar; was man zur Zeit als Fettzelle bezeichnet, ist keine Zelle, sondern ein von einem Zellverbande umschlossener Fetttropfen. Häufig finden sich namentlich zweikernige Fettverbände, bei welchen der eine Kern chromatinärmer, dem Schlummerzustand näher als der andere erscheint. Das maassgebende histologische Bild ist das Anlegen von Zellen an die Fettzellenmembran von aussen her. Der Unterschied gegen die gegenwärtige allgemein verbreitete Ansicht liegt in der Angabe, dass eben diese Membran, nicht ein Mantel von Protoplasma den Fetttropfen umgebe; das Protoplasma ist zwar anfänglich noch vorhanden, bildet sich aber allmählich zu jener Membran um, während die Kerne zeitweise frei erscheinen. Die völlig ausgebildeten Membranen besitzen gar keine oder nur ganz schwach färbbare Kerne (die zarten Netze feiner Bindegewebefibrillen, welche die Fettzelle umgeben, lässt Schm. völlig unerwähnt). Die zur Fettzellenverbandsbildung erforderlichen Einzelelemente entstehen auf mitotischem Wege, und zwar namentlich in der Nähe der Gefässe, im Centrum der Läppchen.

Bei Reizungsvorgängen erfolgt das Erwachen der Membran zu Zellen, welche nunmehr mehr oder weniger vollständig mit ihrem Protoplasma den Fetttropfen umgeben. Dass diese Zellen in loco entstehen, ist zweifellos; gegen ihre Bildung im Anschluss an „direkte oder indirekte Kerntheilung" sprechen gewisse morphologische Verschiedenheiten gegenüber den reichlich vorhandenen, durch Theilung hervorgegangenen Zellen; die erwachenden Kerne erscheinen nämlich als *blasse, schmale Kerne;* „diese schwellen weiterhin an, nehmen den Farbstoff besser auf und lassen in der zarten Kernmembran etwas helles Kernprotoplasma erkennen. Diese stäbchenförmigen Gebilde werden nun immer grösser und in dem hellen, leicht granulirten Protoplasma werden ein oder mehrere Kernkörperchen sichtbar". Ausserdem kommen „unregelmässige Erwachungsformen, kleine unregelmässige, intensiv roth gefärbte Klumpen, isolirt oder zu mehreren neben einander gelegen", vor. Uebrigens vermehren sich die völlig erwachten Zellen weiterhin mitotisch. Im Fortgang des Processes resorbiren sie das aufgespeicherte Fett vollständig und stellen dann ein gewöhnliches Granulationsgewebe dar, das nunmehr aber beim Einschlummern nicht etwa wieder Fettgewebe, sondern nur gewöhnliches Narbengewebe bildet, in dem die Zellen zu Fasern und Saftspalten werden. Aus diesem Zustand aber können sie später abermals erwachen und nun wieder Fettverbände bilden. Bei entzündlichen Processen können die Zellen sich auch in Eiterkörperchen umbilden; hier sind die Bilder des „Erwachens" aber oft bei akuten Phlegmonen u. Aehnl. nicht deutlich, was von Schm. als ein Ausdruck akuter Nekrose der Schlummerzellen gedeutet wird; in solchen Fällen wird die reichliche Bildung von Eiterkörperchen auf die Leukocytenauswanderung zurückgeführt.

In gleicher Weise erfolgt unter Erwachen der Kerne „per inanitionem" und Resorption des Fettes die Umbildung des Fettgewebes durch abermaliges Einschlummern zu derbem, fibrösem, elastischem Gewebe oder auch Schleimgewebe oder Saftkanälen bei der senilen und bei ähnlichen Atrophien.

Kruse (8) verfolgt den Grawitz'schen Gedanken auf Grund der Entwickelungsgeschichte und der pathologischen Veränderungen des *Corneagewebes.* Bei menschlichen Embryonen fand er zunächst spindelige Zellen mit sehr blassen Kernen, deren Protoplasma mehr oder weniger vollkommen in Fasermasse an beiden Enden umgewandelt erschien; ferner sehr blasse Kerne innerhalb des verzweigten, auch grosse chromatinreiche Kerne einschliessenden Protoplasmanetzes der anastomosirenden Hornhautzellen; die grossen Kerne lagen innerhalb, die blassen am Rande der Saftspalten. Aus diesen Befunden schliesst Kr. auf 3 Arten von Schlummerzuständen der Hornhautzellen: 1) Uebergang in Fibrillen, 2) Uebergang in Saftspaltenwand, welche „später nicht mehr differenzirt erkennbar" sei, 3) Uebergang in das Protoplasmanetz der weiter bestehenden Hornhautkörperchen. Diese selbst stehen dem Schlummerzustand sehr nahe, weil ihre Kerne in Bezug auf ihre Färbbarkeit durch Anilinfarbstoffe den Fibrillen selbst sehr nahe stehen, „so dass die Kernfärbung ebenso intensiv, bez. ebenso schwach ist, wie die Fibrillenfärbung". Betreffs des Zeitpunktes des Einschlummerns kommt Kr. zu der Anschauung, dass die Fasern zuerst, dann die Saftspalten, zuletzt die Zellen des Netzwerkes einschlummern. In umgekehrter Reihenfolge erfolgt das Erwachen bei regenerativen und entzündlichen Vorgängen, wie Kr. auf Grund experimenteller Verletzungen und Aetzungen der Kaninchencornea, wie histologischer Untersuchung zweier menschlicher entzündeter Corneae darzuthun versucht. Eine Verständigung über die gegebenen Darstellungen ist, soweit Ref. in sie einzudringen vermochte, leider unmöglich gegenüber dem Mangel entsprechender Abbildungen (es sind nur 2 stark schematisirte beigegeben) und der grossen Willkürlichkeit in der Deutung der Bilder, welche nirgends durch eine Erwägung der ausserordentlichen Vielgestaltigkeit der Kernformen gerade in der Hornhaut und des dadurch nothwendig bedingten Reichthums an Formdifferenzen in Querschnitten gemässigt zu sein scheint. Die wesentlichen Resultate sind die, dass der Reiz der Verletzung und eventuell chemischer Stoffe zunächst eine Ansammlung von Wanderzellen an der betr. Stelle veranlasst. Für diese giebt es 3 Quellen: die „normal in der Cornea vorhandenen Wanderzellen", die Leukocyten und die unter Einziehung ihrer

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Fortsätze mobil gewordenen fixen Hornhautzellen. Alle 3 Formen können in Zellformen mit gelappten Kernen, wie sie für Leukocyten charakteristisch sind, übergehen und sind dann in diesem Stadium nicht von einander zu unterscheiden; Kerne von Hantel- oder Sanduhrform mit dickerem Ende und verschmälertem Mittelstück, *„alles intensiv gefärbt"*, u. Aehnl. hält Kr. für Uebergangsformen zwischen fixen Hornhautzellen zu jenen leukocytenähnlichen Bildungen und sieht demnach in deren häufigem Auftreten den Beweis für die starke Betheiligung der fixen Elemente an der Bildung der Wanderzellen. Der Process beginnt demnach so, dass die dem Krankheitsherd nahe gelegenen Zellen auswandern; in Fällen mit bedeutender Auswanderung wird auch (allerdings ohne erkennbaren Grund) die Betheiligung von Leukocyten zugegeben. Die benachbarten Gewebetheile zeigen dann zwar bisweilen „leere Saftspalten", erscheinen aber nicht zellenfrei, weil überall die schlummernden fixen Hornhautzellen, namentlich aber reichliche schlummernde Saftspaltenzellen, welche bis dahin völlig unsichtbar den Fasern angelegen hatten, in Form *tief gefärbter*, stäbchenförmiger Kerne erwachen. Ein Gleiches geschieht weiterhin mit den Fasern selbst; innerhalb derselben treten Kerne, eventuell mit Protoplasmaumhüllung auf. Bei schwacher Reizung erfolgt die zellige Umwandlung nicht ganz, sondern die neu erwachten Kerne schlummern wieder ein. Der Hauptbeweis Kr.'s liegt also in dem Auftreten jener schmalen tiefgefärbten und dadurch scharf von den alten „fixen" Hornhautzellen unterscheidbaren Kerne, welche nach Kr. das Centrum *spindeliger* Zellen darstellen. Diese Art der Neubildung ist so bedeutend, dass die spärlichen Mitosen, welche bisweilen, keineswegs immer, gefunden wurden, nicht ausreichen, sie zu erklären. [Die Frage der Amitose wird eben so wenig berührt, wie die Differentialdiagnose gegen Querschnittbilder durch scheibenförmige und ähnliche Kerne; letzteres ist um so auffallender, als Kr. die so ungemein schlagenden Bilder von Fuchs (Virchow's Arch. LXVI. 4. 1886) bekannt waren.] Ist durch die beschriebenen Vorgänge, unter Auflösung der alten Fasermassen, ein neues Zellengewebe an die Stelle des Defektes getreten und damit die Heilung erreicht, so entsteht die Narbe durch abermaliges Einschlummern der Kerne, welche dann immer dünner erscheinen, bez. in Fasern übergehen. Aus der Literatur citirt Kr. eine Anzahl von Darstellungen, welche er für seinen Schlummerzellen entsprechend hält, so die Abbildungen von A. Key und Wallis, von Fuchs, Senftleben u. A.

Die *quergestreiften Muskelfasern* entwickeln sich nach Krösing (9) durch das Zusammenschmelzen zahlreicher Spindelzellen zu einem Zellencomplex mit anfangs homogener Muskelmasse, an welcher späterhin die Querstreifung auftritt. An den Präparaten vom Unterschenkelmuskel eines 6monatigen Embryo, welche Kr. beschreibt, ist dieser Modus zwar nicht dargestellt; die Behauptung scheint sich ausschliesslich auf den Befund am Herzen desselben Embryo zu stützen: „am Endokard sind die quergestreiften Fasern noch unfertig und lassen die Verdickung der Fasern durch Verschmelzung anliegender Zellen erkennen". Dagegen sah Kr. im Unterschenkelmuskel, neben zahlreichen chromatinreichen, auffallend viele, ganz blasse, grosse Kerne im Myosin verschwinden, „man sieht nur noch ihren Rand durchschimmern, jedoch zeigt das Myosin häufiger eine Aufhellung um den Kern". Dieser Befund beweist ihm, dass die Kerne zur Muskelfaser werden, indem sie ganz verschwinden; vorher können sie aber auch mitotisch sich vermehren, allerdings ohne Theilnahme des Protoplasma an der Theilung. Letzteres wird zur schmalen Primitivfibrille ausgezogen, erscheint anfangs noch durch „körniges Myosin" von der benachbarten Fibrille getrennt, verschmilzt dann aber mit den anderen und erhält nach einiger Zeit die Querstreifung. Da Kerntheilungen auch in den Mittelstücken, nicht nur an den Enden der Muskelfasern vorkommen, so wachsen diese mithin auch interstitiell und nicht nur an den Enden. Durch das Einschlummern der Kerne erklärt sich die Verschiedenheit der Kernzahl an erwachsenen und embryonalen Fasern.

Das Erwachen der Grundsubstanz geschieht in verschiedenen Bildern. Zunächst können sich Fibrillen unter zunehmender Verkleinerung der Faser von der äusseren Fläche der Muskelfaser in gleicher Weise ablösen, wie sie sich einst angelagert hatten; sie erscheinen dann als spindelige Bindegewebezellen mit entsprechendem Kern und können als solche weiterhin sowohl Binde- und Fettgewebe, als auch Knorpelgewebe und Knochengewebe (Status cartilagineus und osseus, fibrosus, adiposus) bilden. Bestimmte Charakteristica für die Kernformen dieser erwachenden Elemente werden nicht angegeben oder sie sind wenig klar; so erscheinen sie in einem Falle von Druckatrophie *„plump, rund oder oval, oder auch mehr spindelig; einigen fehlt färbbare Chromatinsubstanz gänzlich, andere haben Spuren davon; ein Kernkörperchen ist entwickelt; von den normalen Muskelkernen unterscheiden sie sich meist durch den geringeren Bestand an Chromatingehalt"*; dagegen werden reichliche erwachende Kerne an dem fettig degenerirenden Herzmuskel eines Knaben mit Diphtherie [Stadium?] als *„ganz schmal, bläschenförmig, mit länglicher, stäbchenförmiger Gestalt, einzelne mit wenigen Chromatinkörnern"* beschrieben. Sie entwickeln sich hier aus schon fettig degenerirten Fasern und bilden unter Abspaltung Bindegewebe oder zerbröckeln. Dieser Abspaltungsmodus betrifft übrigens nicht je eine Fibrille, sondern zum Erwachen eines Kernes und seiner Umhüllung mit Protoplasma ist ein ganzer Fibrillencomplex nöthig, wie dem Vf. aus

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Querschnitten von Fasern hervorgeht, bei welchen die neuen randständigen Zellen den Raum einer grösseren Zahl Fibrillen einnehmen [! *Ref.*]. Die genannte Art der Auffaserung, bez. Umbildung in Bindegewebe ist auch für die Entstehung der Herzschwielen nach Coronararterienverschluss und für die fibröse Degeneration der Papillarmuskeln maassgebend. Ueberhaupt stellt jede Muskelsehne das typische und normale „myogene Bindegewebe" dar, d. h., jede Sehne war ursprünglich Muskelgewebe. Auffallend ist bei der Herzmuskelnekrose noch die Angabe, dass *nekrotische* Fasern entweder farblose oder verklumpte, tief färbbare Kerne (nach sonstiger Auffassung offenbar Leukocyten) besitzen.

In anderen Fällen erfolgt *innerhalb* des Sarkolemma reichliche Zellneubildung durch Erwachen der in allen möglichen Formen zerfallenden Muskelmasse, z. B. bei einer „nicht reaktionslosen" Wundheilung; Bilder, welche für erwachende Kerne kennzeichnend wären, werden hier zwar nicht beschrieben, wohl aber Mitosen (in einer Abbildung 3 auf 11 Kerne). Auch bemerkt Kr., dass dort, wo letztere fehlen, wohl *Amitosen* die Zellvermehrung bedingt hätten. Die trotzdem angenommenen neuen, erwachten Zellkerne haben Uebergänge zu leukocytenähnlichen Formen aufzuweisen, und so nimmt Kr. denn auch die Bildung von Eiter aus Muskelzellen an. Neben dieser Form des Erwachens findet sich gleichzeitig Zellenabspaltung; das neugebildete Gewebe mischt sich dem intermuskulären bei, „daher erscheint dem Unkundigen das intermuskuläre Gewebe vermehrt". Unter Umständen vermögen aus dem Narbengewebe später wieder neue Zellen in den Saftspalten zu erwachen und zu jungen Muskelfasern zusammenzufliessen.

An einem Sarcoma striocellulare des Uterus beschreibt Kr. endlich noch die Entwickelung quergestreifter Fasern aus dem Zusammenlagern vieler Einzelzellen. Nachdem viele Kerne darin unsichtbar geworden sind (in der Beschreibung findet sich hierfür gar kein Anhaltepunkt), haben die quergestreiften Fasern ihre höchste Entwickelung erreicht. Uebrigens können die Bildungzellen auch Blutgefässe bilden, wie eine feine Querstreifung „in den zarten Faserlagen" der letzteren bisweilen schliessen liess.

Die Arbeit Schleiffarth's (10) beschäftigt sich mit den *akuten Entzündungen der serösen Häute*, wobei von vornherein als Ergebniss der früheren Arbeiten Grawitz's angenommen wird, dass bei Entzündungen mit geringem Lymphstrom ein zelliges Erwachen der Bindegewebefasern und elastischen Fasern zu ausgebildeten Zellen, bei solchen mit starkem Lymphstrom ein Erwachen zu leukocytenähnlichen Abortivformen eintritt, wobei aber nicht alle Fasern aufgebraucht werden, sondern als „netzförmige Fäserchen" weiterbestehen. Weiterhin aber kommt hier nun die Behauptung einer Umbildung der Bindegewebefasern in *Fibrin* hinzu. Die fibrinösen Auflagerungen auf den serösen Häuten sollen nichts Anderes sein, als deren umgewandeltes Bindegewebe, welches schichtenweise zu zellenhaltigem Fibrin wird und dessen Ablösbarkeit in Form dünner Häutchen bei frischen Processen sich daraus erklärt, dass irgend eine Saftspalte (welche Schl. sich, wie es scheint, als concentrische, flache Hohlräume um das ganze Organ herum vorstellt) klafft. Der Beweis hierfür liegt theils in den innigen Uebergängen zwischen Fibrin- und Bindegewebeschichten, theils im mikroskopischen Verhalten der Fibrinschollen, „sie zeigen sich als Bindegewebefasern, deren Saftspalten mehr oder weniger vollständig zellig geworden sind, während die Fasern selbst zwar Kerne und Kernfragmente enthalten, aber keine Zellen gebildet haben, sondern in eine theils feinkörnige, optisch dem Mucin durchaus gleichende, oder feinfaserige, dem Fibrin innerhalb von Blutgefässen ähnliche, oder endlich in eine etwas glänzende hyaline Substanz übergegangen sind". In gleicher Weise entwickelt sich das fibrinöse Pneumonieexsudat innerhalb der Alveolen aus der Umwandelung der Alveolarwände, denn Schl. findet in einem Falle: „wo die Epithellage abgehoben ist, besteht die Membrana propria aus lauter Zellen, welche ihrerseits einzeln oder in zusammenhängender Lage in die Alveolen abgestossen werden. Nachdem auch die homogene Membr. propria zellig geworden und sich losgelöst hat, sieht man die nackten Capillaren als einzigen Bestandtheil der Alveolarsepta. An vielen Stellen sind auch diese nicht mehr von dem körnigen und zelligen Alveoleninhalt zu unterscheiden, sie lösen sich in das körnige Fibrin auf". In einem anderen Fall lässt Schl. das Fibrinnetz innerhalb der Alveolen aus Zellen hervorgehen, indem solche „als kernlose, feinkörnige Gebilde derart im Zusammenhang mit dem Fibrin stehen, dass ein Theil der Zellen noch sichtbar, ein anderer eben in das Gitterwerk übergegangen ist". Ein weiterer Beweis ist nach Schl. ferner die Entwickelung der fibrinösen Fasern nicht nur auf der Oberfläche der serösen Membranen, sondern auch in den tiefer gelegenen bindegewebigen Theilen. Ferner ist hier und da ein ähnliches Verhalten der umgewandelten Bindegewebefasern gegen Safranin hervorgehoben, wie es echtes Blutgerinnungsfibrin zeigt. In einem Fall frischer hämorrhagischer Pleuritis findet Schl. eine Fibrinhaut, in welcher „von Bindegewebefasern nichts zu sehen ist, als ein überaus dichtes Gewirr intensiv rother (Safranin) Fasern, deren Anordnung theils den elastischen Fasern, theils einem Complex feinster Bindegewebefibrillen entspricht". Hieraus schliesst Schl.: „die Bindegewebefasern zerfallen in ein Gewirr fibrillenartig paralleler Fäserchen, der reguläre Umbildungsprocess (in Zellen und Erweichung) ist anscheinend durch Blutung in die Saftspalten gestört worden". Bedeutungsvoll ist in dieser Arbeit

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

fernerhin die Angabe, dass auch die Blutgefässe, *namentlich die kleinen Venen*, an der Zellenumwandlung in der Weise theilnehmen, dass ihre Endothelien losgelöst und mit dem Blutstrom verschleppt, die bindegewebigen Theile aber in leukocytenähnliche Abortivzellformen umgewandelt werden, so dass sie bisweilen dicht davon durchsetzt werden und eine Randstellung und Durchwanderung von Leukocyten durch die Gefässwand vorgetäuscht wird. Diese Darstellung ist deshalb wichtig, weil die Grawitz'sche Schule damit die allgemein als Leukocytenauswanderung gedeuteten bekannten Bilder rundweg ableugnet, eine Methode, welche auch im „Atlas" befolgt wird, und die Grawitz'sche Anschauung, dass eine solche Auswanderung histologisch in seinen Präparaten nicht nachweisbar sei, begründet. Diese Umwandlung soll ausserdem zur Folge haben, dass die betreffenden Entzündungen leicht hämorrhagisch werden. Wie weit Schl. sich von den gegenwärtig geläufigen Anschauungen entfernt, geht auch daraus hervor, dass er das Empyemexsudat, selbst wenn es sich um Liter Eiter handelt, ausschliesslich aus der Umwandlung der Pleura herleitet; ferner ersehen wir es aus der Deutung eines Falles von multiplen eiterig-pneumonischen, subpleuralen Herden (Schluckpneumonie), über welchen die Pleura glatt war, während sie in der nächsten Umgebung getrübt und hämorrhagisch infiltrirt erschien. Die äussersten Faserlagen der Pleura waren hier „theils normal, theils mit intensiven rothen Streifen, welche den Anfang der Erweichung erkennen lassen"; darunter lag die völlig vereiterte Lunge. Das Fehlen des Exsudates über den Herden erklärt Schl. daraus, dass kein Exsudat im Pleurasack gewesen, folglich keine Schädlichkeit von aussen auf die Pleura gewirkt habe. Warum gerade in der Peripherie der Herde trotzdem Trübung bestand, wird gar nicht erwähnt, obwohl jeder Pathologe unbedenklich nach jener Beschreibung auf die so häufige lokale *Nekrose* der Pleura über dem Eiterherd schliessen und deshalb die im Gebiet dieser Nekrose fehlende Exsudatbildung erklärt finden wird; Schl. nennt den Vorgang wegen des Abschmelzens der Pleura von innen her „Pleuritis interna".

Ob das eitrig-fibrinöse Produkt der Entzündungen wieder in den Zustand fibrösen Bindegewebes zurückkehren kann, ist Schl. noch zweifelhaft, wenn auch, wie es scheint, wahrscheinlich. Sicher glaubt er dagegen an eine Umwandlung schwieligen Narbengewebes, z. B. einer chronischen Pleuritis, in jenes Produkt.

Bei der Entzündung der Hirnhäute entsteht Eiter durch die Umbildung der Fasern; da an der Pia letztere über dem serösen Piaraum eine dichtere Lage bilden, so hält sich der Eiter anfangs in diesem Raum; eine Umwandlung zu Fibrin erfahren diese Fasern nie, „weil dieser Vorgang nur bei leichten Reizungszuständen beobachtet wird; es kann also nur zur wirklichen eitrigen Schmelzung kommen". Die Pachymeningitis haemorrhagica dagegen wird wieder als fibrinöse Umwandlung der Dura gedeutet. Schl. schliesst seine Arbeit mit einem Hinblick auf die Entstehung des wässerigen Exsudates, welches er damit erklärt, dass er eine Lymphstauung in Folge des „Gewebsaufruhrs", nämlich der Umwandlung der Pleura zu Zellen und Fibrin, annimmt. Die Resorption soll nach seiner Anschauung dabei ganz stocken, bis allmählich wieder die Bildung von Fasern und Saftspalten sie von Neuem beginnen lässt. Wie beweiskräftig die Befunde und Ausführungen Schl.'s sind, geht wohl schon aus den hier wörtlich citirten Hauptsätzen der Arbeit klar genug hervor.

Heidemann (11) beleuchtet die Entwicklung der „kleinzelligen Infiltration" bei Carcinomen im Sinne der Grawitz'schen Anschauungen. Zum Verständniss muss bemerkt werden, dass er mit dieser Bezeichnung nicht nur die sonst als Leukocyteneinwanderung bekannte Zellvermehrung in der Umgebung der Krebskörper, sondern auch, entgegen dem allgemeinen Sprachgebrauch (allerdings wie es scheint unbewusst), die Wucherung bindegewebiger, spindelförmiger Zellen zusammenfasst. Nach seinen Beschreibungen von 8 Fällen legt er zunächst ein Hauptgewicht darauf, dass er in den meisten keine Mitosen innerhalb des Stroma finden konnte, während solche in den eigentlichen Krebskörpern mehr oder weniger reichlich auftraten. (Die Fixation der betreffenden Gewebe, welche „stets unmittelbar nach der Exstirpation zur Fixation an das pathologische Institut übersandt wurden", erfolgte durch *Flemming*'sche Lösung.) Da sich nun die Kerne des Bindegewebes innerhalb und ausserhalb des Tumor reichlich vermehrt fanden, so sieht H. sie ohne Weiteres als „erwachte" Saftspalten oder Fasern an. Eine genauere Darstellung der histologischen Formen gerade dieser erwachenden Kerne fehlt; soweit sich ersehen lässt, handelt es sich vorwiegend um schmale stäbchenförmige Kernformen. Mehrfach wird bemerkt, dass sie innerhalb von Fasern auftreten. Später lösen die neuen Zellen sich ab und sind zu vermehrungsfähigen Wanderzellen geworden. Natürlich vertritt H. auch die Anschauung, dass die leukocytenähnlichen Kerne Abortivformen erwachten Bindegewebes seien; „ihre Lage innerhalb der Bindegewebsfasern beweist zweifellos, dass sie an Ort und Stelle entstandene Bindegewebselemente sind" (eine derartige Lage wird in der Arbeit weder beschrieben noch abgebildet). So kommt er zu der Angabe, dass sich „Bindegewebszellen" nicht nur im Inneren solider oder im Lumen drüsenförmiger Krebsstränge vorfinden, woselbst sie fälschlich den Eindruck eingewanderter Leukocyten machen, sondern dass sich sogar auch Bindegewebe- und Krebsepithelzellen zu mehrkernigen Riesenzellen verschmelzen. Mehrfach wird angegeben, dass die Krebszellen die genannten Abortivformen, aber

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

auch ganze Bindegewebefasern „verzehren". Letzteres erfolgt dann, wenn die Krebswucherung das Bindegewebe überrascht, sodass es nicht mehr erwachen kann [man erinnere sich, dass für dies Erwachen der Zeitraum von nur wenigen Minuten von Grawitz als erforderlich angenommen wird! *Ref.*], oder höchstens eben noch jene Abortivformen bildet. Ein gelegentlich gemachter Befund ist nach H. auch noch die Umwandlung des Zellprotoplasma in Vacuolen, derart, dass vom Zellenleib selbst gar nichts mehr zu sehen ist. Das eigentliche Krebsstroma entsteht durch das Wiedereinschlummern der eben erwachten Zellen. Dass die Zellen überhaupt erwachen, ist ein Ausdruck der *Atrophie* des Bindegewebes, welche der lebhaften Epithelwucherung folgt, nicht aber den aktiven Proliferationen bei Entzündungen zu vergleichen. Das Wesen des Carcinoms liegt eben darin, dass das Bindegewebe eine gewisse Schwäche besitzt, sodass es von den Epithelien aufgezehrt wird. „Wird es völlig verbraucht, so entsteht das Carc. medullare, bei theilweisem Verbrauch und theilweisem Uebergang der erwachten Zellen in Fasern das Carc. simplex, bei völliger Umbildung der Schlummerzellen und Untergang der Epithelien der Skirrhus." Im Gegensatz dazu stellt das Bindegewebe bei Adenomen eine „reguläre Wucherung" dar, durch welche das wuchernde Drüsengewebe in die Form von Drüsenkanälen gebracht und am Durchbrechen gehindert wird. Nicht also der Grad der Epithelerkrankung, sondern der Zustand des Bindegewebes ist maassgebend für die Frage, ob eine Wucherung gutartig oder bösartig wird.

Die Entwicklung und die Formen des *Schleimgewebes* im späteren Leben, schildert Kickhefel (12). Das Schleimgewebe ist nach seiner Darstellung eine aus permanenten Zellen, feinkörniger oder homogener oder faseriger Grundsubstanz mit reichlichem Mucingehalt, Saftkanälen und Capillaren zusammengesetzte Gewebeform. Ursprünglich rein cellulär, entwickelt es durch Einschlummern zunächst des Protoplasma, dann der immer mehr bis zu völligem Verschwinden abblassenden Kerne seine Grundsubstanz, wobei nur die in dem Zellprotoplasma eingeschlossenen Fettkörnchen nicht an der Bildung theilnehmen. Im subcutanen Schleimgewebe eines 4monatigen Embryo geschah dies Einschlummern in der Art, dass die Kerne runder Zellen sich in Kernbröckel auflösten, immer blasser wurden und zuletzt als feinkörnige Intercellularsubstanz erschienen, während die Spindelzellen zu Saftspalten sich umwandelten, indem sie zu röhrenförmigen Zellreihen verschmolzen und kernlos wurden. Bereits im 6. Mon. des Fötallebens findet K. Bilder, welche ihn der Ansicht zuführen, dass die eingeschlummert gewesenen Schleimgewebezellen wieder erwachen (der Modus ist nicht besonders beschrieben), sich wahrscheinlich durch Theilung vermehren, Fetttropfen aufnehmen, durch deren Vergrösserung sie selbst dann abgeplattet werden u. s. w., kurz es folgt die Entwicklung des Fettgewebes (s. oben Schmidt). So besitzt also das Fettgewebe eine Schleimgewebevorstufe; im Nabelstrang entwickelt sich dagegen letzteres zu fibrillärem Bindegewebe. Umgekehrt vermögen beide Gewebeformen auch wieder in Schleimgewebe überzugehen, indem ihre Fasern zu Zellen erwachen, sich in Saftspalten umbilden oder zu schleimiger oder körniger Grundsubstanz werden u. s. w. Die einzelnen Formen des Schleimgewebes können dabei je nachdem sie von verschiedenen Geweben abstammen, verschieden sein, sodass z. B. das vom Knochenmarkfettgewebe abstammende Schleimgewebe anders aussieht, als das aus subcutanem Fettgewebe stammende. Bei ersterem bilden sich die erwachenden Fettzellen zu feinen Fibrillen um, welche von mucinfreier Flüssigkeit umgeben sind, zum Theil nachdem sie eine Zwischenstufe der Entwicklung in der Weise durchgemacht haben, dass sie zu mehrkernigen Riesenzellen zusammenflossen. Als Beweis zeichnet und beschreibt K. das Knochenmark eines 89jähr. Mannes; in der Zeichnung sind Sternzellen mit langen feinen Ausläufern, kleine „freie" Kerne und einige Querschnitte von Ausläuferbündeln zu erkennen, welche K. als kernlose, also eingeschlummerte Zellen deutet. *Auch das Knochengewebe* zeigt hier am Rande schmale „erwachende" Kerne und betheiligt sich also an der Schleimgewebebildung; „die Kalksalze werden aufgelöst, in den Randbezirken erwachen Kerne" u. s. w. Eine etwas räthselvolle Beschreibung liegt auch weiterhin der Angabe zu Grunde, dass auch in Sarkomen die Riesenzellen zu Intercellularsubstanz (Schleimgewebe) einschlummern.

Wie die Reihe der Bindesubstanzen, so vermag sich auch das Muskelgewebe (s. Krösing) und Nervengewebe in Schleimgewebe umzuwandeln; bei letzterem erwachen *innerhalb der Achsencylinder der peripherischen Nerven* die neuen Kerne, welche dann weiterhin wieder unter Bildung der schleimigen Grundsubstanz verschwinden, oder im *Centralnervensystem* erwachen Markscheiden und Achsencylinder zu Gliazellen; ein derartiger Vorgang liegt z. B. der Bildung der peripherischen plexiformen Neurome, bez. der centralen Gliome zu Grunde; auch in letzteren bilden sich die gewucherten Zellen zu einer Art schleimiger Grundsubstanz um. *„Typische Beispiele für den Status mucosus des centralen Nervensystems bilden die zuweilen geschwulstartigen gallertigen Ependymwucherungen der Gehirnventrikel bei chronischem Hydrocephalus internus.* Eine Zusammensetzung des Centralnervensystems aus nervösen Elementen und Bindesubstanz erkennen wir daher eben so wenig an als wir die Nervenscheide der peripherischen Nerven für definitives Bindegewebe halten." Eigenartig ist nun weiterhin die Gegenüberstellung des echten Schleimgewebes und des „falschen", des ödematösen Bindegewebes. Hier läuft der Effekt des Oedems so ab

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

(wie z. B. Schnitte aus dem ödematösen Gewebe eines Herzfehlerkranken beweisen), dass *dicht nebeneinander* Stellen mit aufwachenden Kernen und solche ohne diese, bez. mit schwach gefärbten Kernen gefunden werden. Dies Verhältniss deutet K. dahin, dass er das Aufwachen der Kerne als erste Folge des eintretenden Oedems auffasst; dauert das Oedem an „und findet kein neuer Zufluss, sondern eine Stagnation statt, so erhalten die erwachten Kerne keine Nährflüssigkeit mehr, so sind sie gezwungen, sich aufzulösen"; oder an anderen Stellen, wo die erwachenden Kerne fehlen, erklärt sich die Sache einfach so, dass sie zwar erwacht waren, aber „schon längst wieder in den Schlummerzustand übergegangen" sind. Nach einer 12stündigen Abbindung eines Stückes Kaninchenohr erweist sich das Oedem als so stark, dass die Saftspalten theilweise auf's Aeusserste erweitert sind: „dadurch ist es schliesslich zu vollständig nekrotischen Bezirken gekommen" (durch Stauung der Lymphe, welche keine geeignete Nährflüssigkeit mehr abgiebt); an anderen Stellen, „wo das Oedem erst seinen Anfang nimmt", erwachen zahllose Kerne, doch bildet sich kein Schleimgewebe (30 Std. nach dem Anlegen der Ligatur!). Die reichliche Leukocytenauswanderung aus den Gefässen in das nekrotische Gewebe hinein wird zwar in der Beschreibung anerkannt, in der Epikrise aber keines Wortes gewürdigt. Bei einem akuten paraphimotischen eitrigen Oedem gehen die Bindegewebefasern in leukocytenähnliche Zellen über, was aus der reihenförmigen Anordnung der letzteren besonders deutlich zu erkennen ist [man bemerke diese Begründung: liegen die betreffenden Zellen *nicht* reihenförmig, so sieht Grawitz darin einen Gegengrund gegen die Annahme, es seien Leukocyten, da diese doch hintereinander in Spalten wandern müssten; liegen sie aber reihenförmig, so ist es auch ein Gegengrund, dann bedeutet die Reihe eine ganz in Zellen umgewandelte Faser!]; „je mehr das Oedem wächst, um so weniger Nährmaterial erhalten die Zellen, sie gehen zu Grunde". Bei den Gallertgeschwülsten endlich, Myxomen, Myxosarkomen, Gallertkrebs des Magens u. s. w. findet K. die Bilder des Zelleinschlummerns abermals wieder. Es handelt sich um Umformungen der Grundsubstanzen in schleimige Grundsubstanz (von der *Zellwucherung* wird bei den gutartigen Formen nicht gesprochen), und sowohl quergestreifte als glatte Muskeln nehmen daran Theil. So beschreibt K. bei einem Magengallertkrebs die Umwandlung der letzteren in Schleim, wobei die Muskelfasern entweder direkt schleimig werden unter Untergang des Protoplasma und der Kerne, oder auf dem Umwege, dass sie erst fibröses Bindegewebe bilden, in welchem wieder Kerne aufwachen und nun in Schleim übergehen. In den Schleimalveolen finden sich übrigens noch grosse grobgranulirte runde Zellen, „die nichts mit Epithelzellen zu thun haben, sondern die umgewandelten glatten Muskelzellen darstellen".

Tenderich (13. 14) beschreibt die auf- und absteigenden Linien der *Knorpel*gewebezustände. Die Entwicklung der Grundsubstanz erfolgt durch Einschlummern der Zellen; von der Peripherie aus bildet das Protoplasma sich allmählich um, der Kern liegt zuletzt ganz frei, wird dann seinerseits auch immer blasser, um endlich ganz zu verschwinden. Die maassgebenden Bilder hierfür sind Knorpelgewebe (Callus, Chondrom), in welchem grosse protoplasmareiche Zellen dicht neben solchen mit Kernabblassung u. s. w. liegen. Namentlich betont T. die freien Kerne, in deren Vorhandensein er den Gegengrund gegen Weigert's Annahme sieht, dass der Zellschwund etwa auf einer Zellnekrose beruhen könne. Durch eine Färbungsmethode nach Bouma wird T. in seinen Anschauungen noch mehr unterstützt, da er durch sie im Protoplasma einiger Zellen die Reaktion, welche nach Bouma mucinhaltigen Substanzen zukommt, erzielte, sodass hieraus der Schluss auf chondromucinöse Umwandlung dieses Protoplasma gezogen wird.

Die Rückbildung der Knorpelgrundsubstanz in Zellen beobachtete Tenderich z. B. an einem freien Gelenkkörper (längere Zeit nach seiner klinisch markirten Ablösung) in der Art, dass er zuerst vom Rande her Spalten auftreten sah; in den schmalsten, centralwärts gelegenen traten Kerne, *zuerst in Form kleinster Chromatinkörnchen,* ähnlich den Viering'schen Sehnenkernen, auf, aus welchen durch weiteres Wachsthum spindelige Zellen wurden; aber auch die zwischen den Spalten gelegenen Fibrillenbündel („Auffaserung der Knorpelgrundsubstanz") erwachten zu verschieden gestalteten Zellen, welche *„in keiner Weise den früheren Knorpelzellen gleichen"*, unter Anderem auch zu Gefässen. [Auffallender Weise fehlen in den betr. Abbildungen durchaus richtige Knorpelzellen. *Ref.*] Bisweilen wurden *amitotische* Theilungsbilder beobachtet, aber viel zu spärlich, um die ganze Zellvermehrung aus ihnen erklären zu können. In einem anderen Theile des Knorpelstückchens fand ein Auftauchen von Zellen *ohne Auffaserung* statt „unter Auftreten von *freien Kernen, blassen ungefärbten Zellgebilden* und Uebergängen von diesen zu voll entwickelten normal färbbaren Zellen". (Eine Angabe darüber, wie weit in diesem Falle an den Heilungsprocessen Bindegewebe der Gelenkkapsel u. Aehnl. betheiligt war, fehlt.) Bei Atrophie eines Rippenknorpels tauchen die neuen Zellen zunächst als *freie ungefärbte Kerne* auf (also anders als in dem vorigen Falle), welche zwischen den vorher vorhandenen, kräftiger gefärbten und zum Theil dicht in langen Reihen angeordneten Knorpelzellen erscheinen, bisweilen auch in *einer* Knorpelhöhle mit den letzteren vereinigt sind. Weiterhin fasert sich die Grundsubstanz auf, Spindelzellen erscheinen, stellenweise

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

war die gestörte Ernährung so stark, dass es überhaupt nicht zur Zellbildung mehr kam, sondern die Grundsubstanz gleich zerfiel". Bei einer Tetanuseiterung traten im Knorpelgewebe auch wieder reichlichere nackte ungefärbte Kerne auf, die „schon deshalb" nicht als absterbende aufgefasst wurden, „weil hier eine Zellvermehrung und keine Zellverminderung zu constatiren ist". Diese Kerne umhüllen sich durch weitere Umbildung der Grundsubstanz mit Protoplasma, die Grundsubstanz zerfällt ausserdem in Fasern, auch in diesen erwachen Spindelzellen oder, in einer benachbarten Zone, massenhafte leukocytenähnliche Zellen. Solche eiterartige Herde liegen stellenweise übrigens zackenförmig direkt dem Knorpel an; hier sind nach T. die Eiterzellen auch direkt aus der Grundsubstanz hervorgegangen, „doch kam es, wegen zu frühen Gewebezerfalls, nicht zur völligen Ausbildung der Zellen".

Bei experimentellen Knorpelwunden erfolgt die Heilung nicht nur von etwaigen, vom Markraum eingewanderten Zellen aus, sondern auch durch reichliches Erwachen von Knorpelgrundsubstanz zu kleinen Zellen, welche dann unter Auffaserung der Knorpelgrundsubstanz sich mit jenem myelogenen Granulationsgewebe verbinden. Dieses Erwachen findet bisweilen erst sehr spät statt; so fehlte es z. B. noch nach 3 Tagen und war am besten 24 Tage nach der Verletzung zu sehen. Ausserdem findet eine Zellvermehrung innerhalb der Knorpelkapseln in der Nähe der Wunde statt. Wenn die Wunde die Markhöhle eröffnete, so verliefen alle Regenerationsvorgänge viel torpider.

Die Inaugural-Dissertation Tenderich's enthält im Allgemeinen die gleichen Darstellungen wie die vorstehend wiedergegebenen; stellenweise gehen sie noch etwas weiter, z. B. lässt T. im Callusgewebe auch die Blutgefässe zu Knorpelgrundsubstanz werden. Die Rhachitis fasst er als einen der Rippenknorpelatrophie analogen *atrophischen* Vorgang auf, bei welchem eine regellos gesteigerte Umbildung der Grundsubstanz zu Knorpelzellen eintritt.

Busse (15. 16) bearbeitete 12 aseptische Hautschnittwunden mit verschieden langer Heilungsdauer. Er vertritt zunächst die Ansicht, dass die in den Wundspalten schon nach 20 Minuten in Form durch Safraninroth färbbarer, tief in das Bindegewebe selbst hineinreichender Fasern auftretende Verklebungsmasse kein Fibrin sei, weil derartige Fasern in dem eingeschlossenen Blutcoagulum selbst fehlen, dagegen an den Geweberändern, und zwar ausschliesslich des Bindegewebes, auftreten, sondern dass es sich um eine „fibrinoide" Veränderung des Bindegewebes handelt. Hierfür gilt als Beweis, dass am Wundrande selbst zwischen den Fasern noch unveränderte Bindegewebebündel liegen, sowie dass die Fasern in den tieferen Gewebelagen in farblose, die Bindegewebebündel trennende Linien übergehen, welche unmöglich als Exsudat aufgefasst werden können, und ferner, dass auch tiefer im Bindegewebe normale Bündel von solchen Fasern umfasst erscheinen. Hiernach nimmt B. mit Anderen an, dass das Bindegewebe fibrinartig aufquellen und so zur Verklebung führen kann. Innerhalb der Fasern, namentlich an Knotenpunkten, wie auch innerhalb der elastischen Fasern und Bindegewebefibrillen findet sich vom ersten Zeitpunkt (20 Min. post operationem) an und später allmählich zunehmend, eine Anzahl Chromatinkörnchen, welche theils isolirt und sehr klein, theils grösser und häufig in Form von Leukocytenkernen zusammengelagert sind. Da in den bei Alkoholschrumpfung entstandenen Spalten Wanderzellen fehlen, da ferner die kleinsten Formen keine Aehnlichkeit mit typischen Leukocytenkernen haben und diese Kernformen zum Theil *innerhalb* der alten Gewebefasern zu liegen scheinen, so schliesst B. Leukocyten aus und erklärt die Bildungen für erwachende Bindegewebekerne. Wo die Reaktion stürmisch abläuft, können gleich mehrere derartige Körner neben einander erwachen, wachsen aber dann nicht jedes für sich zu einer Zelle aus, sondern erhalten eine gemeinsame Kernmembran und zeigen dann die leukocytenkernähnlichen Bilder. Wo das Erwachen ruhiger erfolgt, werden mehr endothelkernartige Formen gebildet [auffallender Weise besteht also nach dieser Annahme, da beide Kernsorten direkt nebeneinander vorkommen, der Zustand, dass einzelne Fasern stürmisch, die gleich benachbarten langsam reagiren. *Ref.*]. Die ganz kleinen Kernformen finden sich immer nur da, wo das Gewebe im Beginne der Reaktion steht, nicht an den Stellen, wo es schon ganz zellig geworden ist. Bemerkenswerth ist in den im Uebrigen den Angaben der früheren Arbeiten nichts Neues betreffs dieser Frage hinzufügenden Ausführungen noch die ausdrückliche Bemerkung, dass jene Körner nicht etwa die abgeschnittenen Spitzen von Kernen darstellen können, weil sie sich in allen Ebenen des Schnittes nachweisen lassen und ja auch in dieser Grösse *innerhalb* der Fasern (sc. Fibrillen*bündel*) gefunden werden. Mitotische oder amitotische Theilungen weist B. für ihre Erklärung zurück. Ausser diesen Erwachungsvorgängen tritt an den präexistirenden Zellen des Bindegewebes noch eine Vergrösserung zu Spindelzellen u. s. w. (Mitosen vom Schluss des 2. Tages ab) ein (nutritive Reizung).

In späteren Stadien findet sich an den Stellen, wo anfangs die leukocytenähnlichen Zellen gelegen hatten, eine Zellwucherung mit vorwiegend endothelartigen Kernen. B. hält dem gegenüber die Annahme, dass Fibroblasten die Leukocyten abgelöst hätten, für „geschraubt" und behauptet seinerseits *die direkte Umbildung der leukocytenähnlichen Zellen in die protoplasmareicheren Zellen mit bläschenförmigem Kern;* durch Zusammenfliessen entstehen auch Riesenzellen.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Bei der Narbenbildung werden die Fibroblastenkerne gestreckt, blass, schmal, die Zellen bilden sich allmählich in Fasern um. Hieraus erklärt sich die Abnahme der Zellen in der Narbe bei gleichzeitiger relativer Zunahme der Intercellularsubstanz. An vielen Stellen, auch bei vorgeschrittenem Heilungsprocess, finden sich immer auch noch erwachende Kerne; doch scheinen diese in halbfertigem Zustande stehen zu bleiben, bez. alsbald wieder einzuschlummern, ohne dass es zu einer völligen Umwandlung der betr. Faser gekommen wäre.

Der Inhalt des *„Atlas der pathologischen Gewebelehre"*, in welchem Grawitz (17) die Grundlagen seiner Beweisführung durch die Erläuterung zahlreicher Photogramme aus fast allen der in den früheren Abhandlungen besprochenen Gebiete niedergelegt hat und dessen technische Herstellung alles Lob verdient, lässt sich unmöglich in extenso wiedergeben. Wir müssen uns damit begnügen, zu bemerken, dass wir den Eindruck gewonnen haben, dass der Atlas, wohl gegenüber der inzwischen hervorgetretenen Kritik, die Behauptungen der früheren Arbeiten vorsichtiger und umfassender begründet, die thatsächlichen Befunde klarer zur Darstellung bringt und die theoretischen Schlüsse mehr von ihnen zu trennen bemüht ist, und wir erkennen gern an, dass diese Bemühung dem Lehrer besser geglückt ist als den Schülern. Gr. wünscht zum Ausdrucke zu bringen, dass seine Angaben keine theoretisch ersonnenen, sondern positiv begründete seien, und wehrt deshalb auch die Bezeichnung „Schlummerzellentheorie" ab. Er verlangt nur Anerkennung des Vorhandenseins der von ihm erhobenen und für vollständig neu erklärten Befunde und will dem Leser seine Anschauungen nicht aufzwingen. Andererseits hält er letztere allerdings eben durch jene Befunde für bewiesen, so dass nach seiner Vorstellung Jeder, der die Befunde anerkennt, auch seine Deutung für die einzig annehmbare halten muss. Diejenigen Vorgänge, welche er mit den Bezeichnungen „Einschlummern", bez. Wiedererwachen" umschrieben hat, sieht Gr. als erwiesene Thatsachen an, die nicht mehr als „Theorie" bezeichnet werden können. Die Beweisführung selbst ist die gleiche wie in den früheren Arbeiten, sie bezieht sich ganz vorwiegend auf das Erwachen der Gewebe unter pathologischen Zuständen, nämlich dem Ernährungsmangel einerseits (Atrophie, z. B. am Rande eines Carcinoms), der Erregung (Regeneration, Entzündung, welche Zustände nicht scharf getrennt werden) andererseits. Wir haben dem oben Mitgetheilten nur noch einige Einzelheiten hinzuzufügen, z. B. das Experiment, bei dem in oberflächliche Corneawunden Culturen von Schimmelpilzen gebracht wurden, um auf diese Weise etwa vom Conjunctivasack her eindringende Leukocyten abzufangen. Diese Netze erwiesen sich bei den betr. Versuchen als leer, woraus zu schliessen war, dass die unter ihnen im Corneagewebe auftretenden Zellen diesem selbst entstammten. Bei diesen Corneaentzündungen beschreibt Gr. als erstes Vorkommniss strichförmige Chromatinfiguren in dem Hornhautgewebe, dann weiterhin Zellkernvermehrung am Wundrande und Chromatinverklumpung zu leukocytenartigen Bildern. Dass diese Zellen keine eingewanderten Leukocyten sind, gehe daraus hervor, dass zwischen Cornearand und Wunde keine derartigen Zellen zu finden seien, eben so wenig wie sie vom Conjunctivasack her stammen; die schmalen punktförmigen Chromatinkörner können fernerhin auch nicht fadenförmigen, etwa quergetroffenen Wanderzellenkernen entsprechen, weil man um sie herum keinen Spalt, in welchem sie eben wandern, entdecken kann. Auf eine Auswanderung richtiger Hornhautzellen lässt sich jene Kernvermehrung nicht zurückführen, weil nirgends in der Hornhaut sonst ein Mangel an solchen Zellen zu finden ist, und die amitotische Vermehrung könnte nach Gr. nur für ganz wenig Zellen gelten. Hiernach bleibt also per exclusionem nur die Grundsubstanz als Ursprungsherd jener Zellvermehrung übrig und so kommt auch Gr. zu der Angabe, dass die (auch photographirten) das Epithel von innen durchwandernden leukocytenähnlichen Zellen nicht Leukocyten, sondern umgewandelte Corneagrundsubstanz der obersten Schichten seien. Dieselben Anschauungen führen zu dem Satze, dass die Tuberkelknötchenbildung völlig ohne Leukocyten geschieht. Die in der Nähe des Tuberkels erwachenden Kerne werden als „ganz kleine, schwach gefärbte" bezeichnet. Die Kerne mit Abortivformen sind übrigens im Stande, sich mitotisch zu vermehren und später wieder in den Schlummerzustand zu versinken. Bemerkenswerth ist die Wiederholung der Kruse'schen Angabe, dass Spiessfiguren bildende lange Zellenausläufer wieder Centra für neue Kerne enthalten können. Auch die Angabe, dass quergestreifte Muskelfaserngrundsubstanz bald in Bindegewebe, bald in Eiterkörperchen übergehe, wird wiederum vertheidigt, allerdings wird auch gelegentlich der Untersuchung von Muskelwunden bemerkt, dass die Kerne wenige Stunden nach der Verletzung so aussehen, als ob sie sich durch Abschnürung vermehrten. Ueberraschend waren dem *Ref.* die Erklärungen zu manchen Photogrammen, nach welchen die Emigration von Leukocyten aus den Venen geleugnet wird. Selbst in Fällen, wo entschieden relativ vermehrte Leukocyten der Gefässwand dicht anliegen, wird die „Randstellung" direkt negirt, z. B. XXIX. 3 und XXX. 2 (vgl. das über Schleiffarth's Arbeit Gesagte). Treten in der Gefässwand selbst leukocytenartige Kerne auf, so gelten sie Gr. natürlich für Bindegewebezellen mit Chromatinverklumpung.

Audiatur et altera pars. Weigert (18) brachte nach dem Erscheinen der ersten Arbeiten der neuen Richtung die gegnerischen Ansichten sicherlich, soviel *Ref.* bekannt geworden ist, einer sehr grossen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Anzahl von Fachgenossen in einer unseres Erachtens durchaus sachlichen und maassvollen Kritik zum Ausdruck. Diese wies zunächst auf die fundamentale Gleichheit der Grawitz'schen Gedanken mit den Sätzen Stricker's und Heitzmann's hin und führte weiterhin aus, wie der Boden der Cellularpathologie durch die Annahme der Umwandlung von Zellen in die Schlummerform, wobei eine chemische Modifikation eintritt, verlassen werde. Ferner aber leugnet W. die Stichhaltigkeit der Beweise der Grawitz'schen Schule vollkommen. Er betont die Möglichkeit des Auftretens sehr schmaler Zellkerne zwischen den Fasern einer in Regeneration begriffenen Sehne in Folge der Anpassung der sich vorschiebenden Zellen an die schmalen Spalträume. Er hebt hervor, wie nothwendig es sei, die Locomotion der Zellen zu berücksichtigen. Dass zwischen den Faserbündeln des Bindegewebes, bez. denselben anliegend Zellen auftreten, erscheint eben so wenig überraschend, wie der Umstand, dass ihre Kerne oft nackt zu sein scheinen; hat doch der Nachweis des Protoplasma der Bindegewebezellen oft die grössten Schwierigkeiten, und unter Anderem ist auch gerade die von Grawitz angewandte Methode hierfür ungeeignet, so dass seine Angaben in dieser Beziehung nicht vollgiltig sein können. Der Befund, dass an Stelle früherer Fasern Zellen gefunden wurden, beweist nicht, dass die Fasern zu Zellen geworden sind, denn die ersteren können, wie es unleugbar nach den Befunden an nekrotischem Material feststeht, auch ohne jede eigene direkte Betheiligung zur Lösung gebracht werden. Treten die Zellvermehrungen zu Zeiten auf, wo Mitosen noch fehlen, so können sie auf Amitose zurückgeführt werden. Eben so wenig beweisend sind die morphologischen Verhältnisse der „erwachenden" Kerne; ganz abgesehen von den nur angenommenen, aber nirgends beschriebenen „chromatinfreien" Kernen, beweist weder die Chromatinarmuth, noch die schmale Form der Kerne, dass sie umgewandelte Grundsubstanz darstellen. Auch auf den Widerspruch, dass die jungen Kerne bald als chromatinreich, bald als chromatinarm dargestellt werden, weist W. hin. Endlich kennzeichnet er noch das Verfahren Grawitz's, wonach dieser „leukocytenähnliche" Zellen bald Leukocyten, bald umgewandelte Gewebezellen sein lässt, als ein durchaus willkürliches und betont, dass aus den von Grawitz angeführten „Uebergangsbildern" von fixen Gewebezellen zu leukocytenähnlichen Formen um so weniger etwas zu erschliessen sei, als diese von Nachuntersuchern vermisst worden seien.

Die Erwiderung Grawitz's (19) auf diese Kritik, welche Gr. wohl mit Unrecht als einen „Ausdruck tiefster persönlicher Entrüstung" aufgefasst hat, enthält die Erklärung, dass es sich ganz von selbst verstehe, dass die Schlummerkerne sich *nicht aus Fibrillen, sondern aus Fibrillenbündeln* entwickeln. Ferner die Angabe, dass „in jeglichem gefässhaltigem Gewebe Zellen zu Leukocyten werden können, dass sie aber mit dem Uebergange in's Blut für weitere Entwicklung verloren sind". Leider wird hier weder gesagt, was für Zellen dies sind, noch in welchem Verhältniss die so entstandenen Leukocyten zu jenen leukocytenähnlichen Zellen stehen, welchen Gr. die weitere Entwicklungsfähigkeit nicht abspricht (s. o.).

Eberth (20) vermisst, wie seine (sowohl in der Münchner med. Wchnschr., als in den Fortschr. der Med. abgedruckte) Arbeit darlegt, gleichfalls die Beweiskraft in den Arbeiten der Grawitz'schen Schule. Er hat deren Angaben an sich regenerirendem Hornhautgewebe, wie am Muskelgewebe des Froschlarvenschwanzes im Stadium der Resorption nachgeprüft und ist zu der Ueberzeugung gekommen, dass alle dabei auftretenden Vorgänge durchaus ohne die Schlummerzellentheorie zu deuten sind. Namentlich betont er für die Cornea die massenhaft auftretenden protoplasmatischen Fortsätze der alten Zellen, welche die Fasern immer dichter umspinnen, lockern und zuletzt resorbiren. Gleiche Vorgänge sind bisweilen seitens des Sarkoplasma der quergestreiften Muskelfasern zu constatiren und sicher geschieht die Resorption unter Bildung von Zellen, welche allgemein als Abkömmlinge der alten Muskelkörperchen, deren Kerne häufig sich durch Abschnürung vermehren, angesehen werden. Die Vorgänge im degenerirenden menschlichen Muskel spielen sich nach E. ganz ähnlich wie beim Froschmuskel ab, wenn auch nicht in so auffälliger Weise. Ebenso wie Weigert, sieht Eberth in der neuen Lehre die alte Blastemtheorie wieder neu erstanden.

Die Dissertation von A. Berent (22), unter Nauwerck gearbeitet, beschäftigt sich mit den Folgezuständen einer experimentellen Herzmuskelverletzung durch Einstich einer glühenden Nadel. Aus den Resultaten heben wir vor Allem den Nachweis starker Kernvermehrungen in den ersten Stunden nach der Verletzung durch Abschnürungen hervor; Mitosen fanden sich vom zweiten Tage an. Den Angaben Krösing's über die metaplastische Umwandlung des Muskelgewebes in Bindegewebe, sowie über das Auftauchen neuer, von den alten nicht abstammender Kerne steht B. vollkommen verneinend gegenüber. Er fand zwar eine allmählich erfolgende Degeneration (Schwund des Protoplasma, Vacuolisirung der Kerne) der Muskeln im Granulationsgewebe, niemals aber direkte Umbildung; ebenso blieb der Nachweis der Umbildung von Bindegewebezellen in Muskelfasern, bei der Narbenbildung, aus. Auch theoretisch erhebt B. Bedenken gegen die neue Lehre.

Die Angaben Heidemann's über das Carcinomstroma machte Hansemann zum Gegenstand einer eingehenden, ebenfalls vollkommen ablehnenden Erwiderung, und zwar auf der Grundlage eines eigenen grossen Materials. Allerdings

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

erkennt auch H., ebenso wie andere Kritiker, gern die Richtigkeit der *thatsächlichen* Befunde an; aber mit vollem Rechte hebt auch er hervor, dass diese Befunde wohl ziemlich allgemein längst bekannt sind und dass nur in ihrer Deutung das Neue der Grawitz'schen Lehre liegt. Für diese Deutung aber fehlen die Beweise. Die Uebergangsbilder, aus denen Gr. seine Schlüsse zog, sind nicht beweisend. Den negativen Befunden H.'s betr. der Mitosen im Krebsstroma stellt Hansemann seine regelmässig positiven gegenüber; er vermuthet, dass jene negativen Resultate theils auf nicht rechtzeitiger Fixation (vgl. darüber oben), theils darauf beruhen, dass eben die Mitosen an und für sich, aber nicht nur in manchen Carcinomstromata, sondern überhaupt im Bindegewebe bei den verschiedensten normalen, wie pathologischen Zuständen spärlich sind. Gegen die Erwachungstheorie aber spricht noch ausserdem die Thatsache, dass die Mitosen ihre specifischen Formen aufweisen, je nachdem spindelförmige Bindegewebezellen, oder Lymphocyten u. s. w. im Stroma vorkommen. An anderen Geweben, z. B. Muskulatur, vermisste H. ebenso wie im Bindegewebe jede Andeutung des Erwachens von Kernen, oder der Auflösung in Fasern u. s. w. Die Anschauungen Grawitz's über die Leukocyten bezeichnet H., ebenso wie früher Weigert, als durchaus willkürliche und hält betr. der „kleinzelligen Infiltration" im eigentlichen Sinne (Grawitz bezeichnet damit die Gesammtsumme der das Krebsstroma bildenden Gewebe) an der alten Anschauung, dass sie auf Emigration von Leukocyten beruhe, fest. Allerdings kommen Bindegewebezellen mit „fragmentirten Kernen" vor, doch lassen sich solche leicht von den Leukocyten unterscheiden.

Endlich leugnet H. noch die Angabe Grawitz's, dass bei der Entwicklung der Gewebe Zellen verschwinden. Die relative Zellenarmuth älteren Bindegewebes beruht auf der relativen Zunahme der Intercellularsubstanz und der Verkleinerung der zelligen Elemente. Vergrössern sich letztere bei irgend einer Reizung, während gleichzeitig die Intercellularsubstanz schwindet, so „müssen im Schnitt natürlich sofort sehr viel zahlreichere Kerne sichtbar werden, ohne dass eine wirkliche Vermehrung der Kerne oder Zellen stattgefunden hat". Hiernach fallen auch diese Stützen der Grawitz'schen Lehre nach H.'s Ansicht zusammen.

Stroebe(24) hat, wie Eberth, die Angaben Kruse's an der Cornearegeneration (Verletzung durch Zerkratzen) nachgeprüft, allerdings nur an späteren Stadien (5. bis 6. Tag). Die Zahl der von ihm gefundenen Mitosen reicht seines Erachtens aus, um die Zellvermehrung zu erklären; amitotische Vermehrung lässt er gleichfalls zu. Dagegen konnte er keine Bilder finden, welche für das Erwachen von Schlummerzellen gesprochen hätten. Auch er hält diese Annahme für unerwiesen, weil es sich nur „um eine willkürliche Deutung und Verbindung einzelner Zellbilder" handelt, „deren genetischer Zusammenhang in dem von Kruse angenommenen Sinne durch keine Beobachtung belegt werden kann". Für die als Schlummerzellen angegebenen Elemente vermisst er bestimmte morphologische Charaktere.

Die Angaben über die erwachenden Sehnenzellen (Viering) sind von Yamagiwa (25) einer Nachprüfung unterzogen worden. Auch hier fand sich Uebereinstimmung mancher thatsächlichen Befunde, aber scharfes Abweichen in der Deutung, da Y. die charakteristischen Eigenschaften „erwachender" Zellen als Folgen ihrer eingezwängten Lage, nicht aber als Beweisgründe eben für die Annahme des „Erwachens" auffasst.

Y. hat die Viering'schen Versuche nachgemacht, indem er aseptische Sehnenwunden bei Kaninchen vom 2. Tage nach der Operation an untersuchte. Die Untersuchung wurde an Schnitten von $^1/_3$—$^1/_2$ mm ausgeführt, weil ihm gerade diese Dicke besonders geeignet schien, um möglichst viele Zellen als ganze wahrnehmen zu können. Es zeigte sich, dass die Reaktion am stärksten in den am meisten durch die Verletzung gelockerten Gewebeabschnitten erfolgte. Hier drangen zunächst zahlreiche mehrkernige Leukocyten in den verschiedensten Formen in die erweiterten Spalten ein, und zwar in fast continuirlichen Reihen von der Operationswunde aus. Die Sehnenzellen selbst zeigten am 2. Tag nach der Operation am Wundrand sehr blasse Kerne, aber auch solche, deren Conturen zwar nur bei Abblendung deutlich erkennbar waren, in welchen aber mehrere dunkel gefärbte Chromatinkörnchen mit hellem Hof reihenweise angeordnet erschienen. An manchen dieser Kerne erschien auch an den Polen Protoplasma, es war mithin deutlich genug, dass die Körnchen nicht frei in Saftlücken oder innerhalb der Gewebefasern lagen. Am 3. Tage erschienen die Sehnenzellen grösser, zeigten die Umordnung der im ruhenden Kern diffus färbbaren Chromatinsubstanz zu Körnchen und auch schon die ersten Mitosen, deren Breite diejenige der Zellen derartig übertraf, dass die Chromosomenfigur wie ein Gürtel um die Mitte der Flügelzellen herumzuliegen schien. Auch fanden sich Leukocytentrümmer innerhalb der Saftspalten, in Form verschieden grosser hinter einander liegender Kügelchen. In den späteren Stadien finden sich immer die Sehnenzellen mit Chromatinkörnchen. Sie werden allmählich protoplasmareicher, dicker und die Körnchen bewahren dann nicht mehr die Anordnung in einer Reihe; im Maasse der Zunahme der Zellen an Grösse und Zahl schwindet die Intercellularsubstanz. Es finden sich auch verschiedenartig verzweigte Zellen, wahrscheinlich Abkömmlinge der Bindegewebe- oder Sehnenzellen, deren abgeschnittene Zellfortsätze oft den Eindruck sehr kleiner Zellkörper machen. In noch späteren Stadien werden die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Sehnenzellen allmählich gestreckter, bei den Kerntheilungsfiguren finden sich Unregelmässigkeiten (versprengte Chromosomen u. Aehnl.) u. s. w. Im lockeren Bindegewebe der Umgebung der Wunde sieht man schon frühzeitig reichliche Mitosen.

Y. erblickt in den beschriebenen Befunden die Analoga der Viering-Grawitz'schen Befunde. Er glaubt, dass die Abblassung der Sehnenkerne eine Folge ihrer Ernährungschädigung sei, nicht aber der Ausdruck des Auftauchens neuer Kerne; dass sie an den Spalten sichtbar werden, ist nicht wunderbar, „so lange das Vorhandensein einer eben solchen Zellenreihe zwischen den beiden Sehnenzellenreihen in der tieferen Schicht des Längsschnittes immer vorauszusetzen ist". Die eigenthümliche Reihenform der Chromatinkörnchen erklärt sich einfach als Folge des Umstandes, dass die äusserst schmalen Zellen im Längsschnitt gesehen werden; mit der Zunahme der Zellendicke schwindet auch die eigenthümliche Anordnung.

Nach diesen Befunden hält Y. eine Erweiterung des bisherigen Begriffes des Satzes „omnis cellula e cellula" im Sinne der Grawitz'schen Theorie nicht für erforderlich.

Wir erwähnen endlich noch eine kurze Mittheilung Shakespeare's (26), welcher die Priorität für die Idee und den Namen der Schlummerzellentheorie für sich in Anspruch nimmt. Schon 1882 habe er in einer Reihe von Vorträgen im College of Physicians of Philadelphia (Philad. med. News Nr. 18—20. 1882) auf winzige, den Sehnenkörperchen ähnliche Zellen im Corneabindegewebe hingewiesen, welche bei der Entzündung „erwachen" und zu der Zellwucherung beitragen.

Es bleibt dem *Ref.* endlich nur noch übrig, seine eigene Anschauung über die neue Lehre in Kürze auszusprechen. Ich habe allerdings keine Nachuntersuchung an ad hoc hergestellten Präparaten experimenteller Veränderungen vorgenommen, doch standen mir zur ausreichenden Information, abgesehen von den Abbildungen der Grawitz'schen Arbeiten, namentlich des Atlas, nicht allein ein grosses eigenes Material der verschiedensten Art, sondern namentlich auch einige der Originalpräparate von Grawitz, Busse, Heidemann selbst zur Verfügung. Ich glaube daher sagen zu können, dass ich die fraglichen Objekte genau gesehen, speciell die Uebereinstimmung der Präparate mit den photographischen Abbildungen (die gezeichneten sind ja meistens stark schematisirt) festgestellt habe. Aber auch ich bin eben so wenig wie die früheren Kritiker auch nur in einem einzigen Punkte von der Richtigkeit der Grawitz'schen Deutungen überzeugt worden. Eine Zustimmung habe ich überhaupt nur einmal, in der Ankündigung des „Atlas" im Deutschen Arch. f. klin. Med. LII. 4. 1894, durch Dürck gefunden, wo es heisst: „die Bilder haben ungemein viel Bestechendes, ja Ueberzeugendes; hier (bei den Entzündungsbildern u. s. w.) brauchen wir nur zuzugreifen, zwanglos und mit einem Schlage lösen sich ganz von selbst alle Schwierigkeiten und Bedenken, die sich allen bisher gewohnten Deutungen entgegenthürmen"; eine Begründung ist dieser Zustimmung nicht beigegeben.

Nur mit einem Worte will ich der Art der Darstellung erwähnen, da sie ja verhältnissmässig nebensächlich ist. Es ist mir nicht als glücklicher Gedanke erschienen, so fundamentale Umstürzungen in einer Reihe von Schülerarbeiten zu veröffentlichen. Die ungewöhnlich ausgeprägte Art subjektiver Darstellung in diesen erschwert die Kritik, wie ja schon mehrfach hervorgehoben wurde, ausserordentlich, der Mangel an ausreichendem Urtheil über histologische und biologische Fragen wird durch die offenbar inspirirte Besprechung der möglichen Einwände meistens nur sehr oberflächlich verdeckt, man behält den Eindruck, dass es sich eben um einseitig beeinflusste Schüler handelt, wenn sie einander auch gelegentlich gegenseitig als „bewährte Forscher" bezeichnen. Das Vertrauen auf die Urtheile der Verfasser, auf das man ja bei jeder Arbeit in gewissem Grade angewiesen ist, kann demnach kein sehr grosses sein. Aber auch die Darstellungen des Lehrers selbst sind, nach dem übereinstimmenden Urtheil aller Kritiker, nicht so objektiv gehalten, als er es zu glauben scheint. Für die Sache selbst ist das ja ziemlich gleichgültig, der Kern der Beweisführungen ist ja doch überall, wenn auch nicht immer ganz leicht, herauszufinden, und wer vermag sich schliesslich ganz frei der suggestiven Macht starker eigener Ueberzeugungen gegenüberzustellen. Aber je stärker diese Ueberzeugungen vorgetragen werden, um so stärkere Beweise wird man selbstverständlich verlangen, um jeden Verdacht ungegründeter Spekulation ausschliessen zu können; muss sich doch dieser Verdacht gerade bei einer Untersuchung aufdrängen, welche so erfolgreich zu sein scheint, dass sie kein ungelöstes Räthsel, keinen Befund enthält, der nicht mit irgend einer bündigen Erklärung abgefertigt wäre.

Fast alle Kritiker haben Grawitz den Vorwurf gemacht, dass er seine Anschauungen auf dem unsicheren Boden der *Uebergangsbilder* aufgebaut habe. Ein solcher Vorwurf scheint uns nicht ganz gerechtfertigt; sind doch die Schlüsse aus Uebergangsbildern in der Histologie sehr weit verbreitet und zum Theil unumgänglich. Man muss sich aber allerdings bewusst bleiben, dass es sich dabei nur um mehr oder weniger grosse Wahrscheinlichkeit, nicht um Beweise im strengsten Sinne handelt. Unbeanstandet nimmt Jeder an, dass das Periost in Knochen, die Epithelzelle in Hornsubstanz übergeht, bez. die Matrix der letzteren ist; und doch liegt kein direkter Beweis in dem histologischen Bild, sondern die Wahrscheinlichkeit ist nur aus zahllosen Gründen eine sehr grosse. Aber in anderen Fällen, in denen diese Gründe fehlen, verringert sich natürlich auch die Bedeutung der Ueber-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

gangsbilder, und es kommt mehr und mehr auf die persönliche Anschauung hinaus, wie weit man ihnen im einzelnen Fall Werth beilegen will, wenn es sich um Dinge handelt, welche sich maassgebenderen Kriterien entziehen. So wird es Niemand Grawitz verargen, wenn er z. B. bei einer bestimmten leukocytenähnlichen Zelle, von der er selbst sagt, dass er nicht unterscheiden könne, ob sie ein Leukocyt oder eine umgewandelte Bindegewebezelle sei, als seine persönliche Ueberzeugung ausspricht, es sei eine Bindegewebezelle; aber er selbst kann auch gewiss nicht erwarten, dass diese Ueberzeugung als Beweis gelte, und er müsste seinerseits auch den Standpunkt der Gegner anerkennen, nach welchem eine leukocytengleiche Zelle, welche unter Verhältnissen angetroffen wird, bei denen Leukocyten unzweifelhaft vorkommen, sehr viel wahrscheinlicher ein Leukocyt ist, als eine Bindegewebezelle, zumal wenn der Ursprung der letzteren noch ein zweifelhafter ist. Für derartige Fälle verlangt er von seinen Gegnern den Beweis, dass es keine Bindegewebezelle sei, die Gegner erwarten von ihm, wohl mit grösserem Rechte, den Beweis, dass es kein Leukocyt sei, und dabei erkennen beide Theile an, dass ein solcher Beweis, wenigstens an den vorhandenen Präparaten, nicht möglich ist, sondern dass es sich nur um die Abschätzung von Wahrscheinlichkeitsgründen handeln kann. Dass unsere Wissenschaft heute noch ganz vorwiegend mit solchen Wahrscheinlichkeiten rechnet, geht ja aus nichts klarer hervor, wie eben aus den Grawitz'schen Neuerungen, deren Grundgedanke, wenn er richtig wäre (und theoretisch könnte er es ja sein), das Alte nicht erweitert, wie Grawitz gewissermaassen begütigend ausspricht, sondern unzweifelhaft umstösst. Hätten wir absolute Beweise für die Cellularpathologie im alten Sinne, so wäre jeder Angriff dagegen an sich ein Nonsens.

Die Bindegewebefrage wird lange genug erörtert, und noch immer gehen die Ansichten darüber auseinander, welcher Modus für die Entwicklung der Grundsubstanzen wahrscheinlicher ist, der einer direkten Umwandlung der Zellsubstanzen in Grundsubstanzen, oder derjenige einer Ausscheidung der festen Massen etwa in der Art der auf fermentativem Wege entstehenden Fibrinausscheidung. Für die erstere spricht sicher der innige morphologische Zusammenhang der Zellen und der Grundsubstanz, sowie der thatsächlich nachweisbare Schwund des Protoplasma bei vorschreitender Ausbildung der Intercellularsubstanz. Allgemein wird aber die chemische Differenz als Ausdruck tiefgreifender biologischer Verschiedenheiten der beiden Gewebetheile anerkannt. Grawitz sieht keinen ausreichenden Grund, um beide principiell einander gegenüberzustellen. Er theilt *jedem Molekül* der Zellen- wie der Zwischenzellensubstanz die Fähigkeit specifischen Lebens in dem Sinne zu, dass es jederzeit das Centrum einer neuen Zellbildung werden könne. Diese Annahme beruht auf der Idee, dass jeder Theil der Zelle in Intercellularsubstanz umgewandelt werde, und diese Idee basirt auf der Beobachtung, dass in wachsenden Geweben manche Zellen protoplasmaärmer, bez. protoplasmalos, und manche Kerne chromatinarm bis fast zur Unfärbbarkeit, d. h. zu völligem Schwunde (auf die achromatische Masse, zu der doch auch die so bedeutungsvollen Centrosomen gehören, scheint Grawitz kein Gewicht zu legen) gefunden werden. Man könnte erwarten, dass ein Kern z. B. der halb chromatinfrei erscheint, eben auf dieser Seite bereits aus Grundsubstanz bestände; ein so direkter Uebergang scheint nicht vorzukommen. Grawitz hält es nach jenen Bildern für bewiesen, dass die Kernsubstanzen vollständig zu Grundsubstanz werden, wobei sie eben ihre specifische Färbbarkeit verlieren sollen. Wir halten es für unbewiesen, denn wir können eben nur die Thatsache anerkennen, dass manche Zellen der Bindegewebegruppe im Laufe des Wachsthums verschwinden, wie es ja von Epithelien aller Arten längst feststeht. Ihre Bestandtheile, namentlich die Kernsubstanzen, könnten eben so gut verflüssigt in den Saftstrom übergehen, als in den neuen Aggregatzustand der Intercellularsubstanz. Wir kennen keinen absoluten Gegengrund gegen die von Grawitz behauptete Möglichkeit der Umwandlung der Zellen in die verschiedensten Formen der Grundsubstanz; hält er seine Gründe für überzeugend, so können wir ihm den Glauben nicht nehmen. Aber kann er es uns verübeln, wenn es uns unwahrscheinlich vorkommt, dass *jedes Molekül* all dieser Formen, der Bindegewebefibrillen, der Knorpelmasse, des Mucins, der elastischen Fasern, der Gliafasern, der Nervensubstanzen, Muskelfibrillen, Knochengewebe u. s. w., trotz aller chemischen Verschiedenheiten, trotz aller Stoffwechselvorgänge, durch ein langes Leben hindurch, die wunderbare Fähigkeit besitzen soll, das Centrum einer vom Mutterboden eventuell in ihren Charakteren abweichenden Zelle zu werden? Mit dem Lebensbegriff der Moleküle haben wir wenigstens einstweilen noch keine Neigung uns einzulassen, so lange nicht zwingendere Gründe unmittelbar auf sie zurückzugreifen Veranlassung geben; sieht man doch aus den modernen Theorien über die Vererbung, aus den Gewichtsberechnungen der Micellen u. s. w., wohin diese Bahnen führen.

Wie auffallend es erscheinen muss, dass die Zellen niemals sämmtlich in den Schlummerzustand übergehen, obwohl der selbständige Stoffwechsel der Intercellularsubstanz zuerkannt wird, wollen wir hier nur kurz erwähnen.

Die Vorstellung des „Erwachens“ der Grundsubstanz zu Zellen entstand bei Grawitz aus dem Schluss, dass die Kernvermehrungen, welche er in frühen Stadien einer Wundheilung u. s. w. fand, falls sie nicht von den alten Kernen hergeleitet werden können, auf die Grundsubstanzen zurückgeführt werden müssen. Wir erkennen betreffs

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

dieser Vorgänge gern an, dass es ein Verdienst Grawitz's ist, auf sie hingewiesen zu haben; wenn ich auch mit Hansemann glaube, dass sie wohl kaum einem Histologen unbekannt waren, und wenigstens für meine Person den von Grawitz gegen sie wie alle Fachgenossen erhobenen Vorwurf zurückweisen darf, dass ich sie gewohnheitsmässig seit Jahren übersehen hätte, so sind sie doch entschieden in vielen Darstellungen stiefmütterlich behandelt worden, obwohl sie gewiss ebenso zum Gesammtbilde gehören, als etwa die Karyokinesen u. s. w. Aber ist die Beweisführung wirklich so schlagend, wie Grawitz annimmt? Wir nehmen einmal jenen Schluss als zutreffend an (obwohl ja z. B. auch eben so gut die flüssigen Intercellularsubstanzen hätten berücksichtigt werden müssen, denn warum sollte ein im Plasma suspendirtes Eiweissmolekül nicht eben so gut in Chromatin übergehen können als etwa Fibrillencollagen), so bleibt also die Prämisse zu begründen, dass die alten Kerne in keinerlei Beziehung zu den neuen stehen. Diese Begründung nimmt den grössten Raum in den Grawitz'schen Arbeiten ein, und sie zerfällt in die Beweise per exclusionem, und in die Behauptung des nachweisbaren direkten Uebergangs der Grundsubstanz in die betreffenden Zellen.

Wir sehen hier von den mannigfachen Differenzen ab, welche Grawitz für die Beschaffenheit der erwachenden Kerne zulässt; sie würden zwar auffallend sein, aber die Theorie nicht widerlegen. Betreffs der „unfärbbaren" Kerne wollen wir auch nicht die Frage eines früheren Kritikers wiederholen, wie denn solche, leider nirgends genauer beschriebenen, Kerne aussehen, sondern wir nehmen an, dass damit schwach färbbare gemeint waren. Wir erkennen weiterhin an, dass die von Grawitz gezeichneten, photographirten und beschriebenen Kerne einen ganz unverkennbaren Theil des histologischen Bildes bei den betreffenden Processen ausmachen, dass sie regelmässig vorkommen, und dass sie bereits zu Zeiten an Stellen und in Formen erscheinen, wie Grawitz mit vollem Recht behauptet, welche ihre Ableitung aus mitotischen Vorgängen mit Sicherheit ausschliessen. Wir erkennen aber nicht an, dass jede andere Beziehung zu den alten Kernen gleichfalls ausgeschlossen ist.

Zunächst kann ich versichern, dass ich bei einer ganzen Anzahl der betreffenden punkt- oder strichförmigen Kerne in der Sehne, in der Cornea, im Bindegewebe, an den Grawitz'schen Präparaten selbst, die direkten Uebergänge in alte grosse Kerne nachweisen konnte. Es handelte sich eben um das wohlbekannte Bild der von Ranvier namentlich an den Sehnenzellenkernen beschriebenen Riffleisten, dem Analogon der Flügelfortsätze des Protoplasma. Solche Leisten sind, in der Fläche gesehen, sehr dünn und mithin sehr blass im gefärbten Präparat; von der Kante gesehen erscheinen sie schmal, stäbchenförmig und, da jetzt eine dicke Schicht chromatinhaltiger Substanz gleichzeitig durchleuchtet wird, tief gefärbt. Ich würde diese wohlbekannte Thatsache hier nicht angeführt haben, wenn es nicht auffallend wäre, dass das Bild dieser Flügelkerne in den Grawitz'schen Arbeiten gar nicht erwähnt wird. Es heisst nur gelegentlich, dass solche Fehlerquellen natürlich ausgeschlossen seien, weil daraufhin untersucht worden sei. Wir glauben es gern, aber den negativen Befunden Grawitz's stehen unsere positiven gegenüber. Sind aber Kerne von der hier besprochenen Art wiederholt mit voller Sicherheit als Ausläufer, bez. Flügel alter Kerne gesehen worden, so bleibt es für diejenigen, bei denen ein solcher Nachweis fehlt, immerhin höchst wahrscheinlich, dass die gleiche Beziehung bestand, und dass die Trennung vom alten Kern entweder durch das Mikrotommesser oder intravital durch Abschnürung erfolgte. Wie schwer es ist, eine Abtrennung durch den Schnitt auszuschliessen, weiss Jeder, der den Versuch einmal gemacht hat; die Versicherung Grawitz's und seiner Schüler, dass hiervon nie die Rede sein konnte, erscheint uns daher mindestens kühn. Unmöglich ist der *Beweis,* dass 2 im Schnitt deutlich getrennte Kerne nie zusammengehangen haben; aber Grawitz selbst muss zugeben, und giebt es zu, dass nach den zahlreichen positiven Befunden eingeschnürter Kerne, z. B. gerade an der Cornea, multipler Kerne innerhalb einer Protoplasmaumhüllung, fadenförmiger Verbindungen dickerer Kernenden u. s. w. die *Möglichkeit* einer Amitose vorliegt. Was will dem gegenüber der Einwand bedeuten, dass die von ihm thatsächlich anerkannten Amitosen nicht zahlreich genug seien, um jene Kernvermehrung zu erklären? Es ist eine subjektive Ueberzeugung, wir können sie nicht widerlegen, aber wir haben keinen Grund, von unserer eigenen Ueberzeugung, dass die Kernvermehrung auf der Vergrösserung der alten Kerne in verschiedenen Ebenen beruht, welche nothwendig der Raumverhältnisse wegen, wie schon Weigert betonte, im Bilde der Flügelkernfortsätze, mit oder ohne Abschnürung bei Reizungen irgend welcher Art erfolgen muss und nachgewiesener Maassen immer erfolgt. Wie schon Hansemann bemerkte, muss eine solche Vergrösserung der Kerne nach verschiedenen Ebenen ganz selbstverständlich eine numerische Vermehrung der Kernbilder in einem Schnittpräparat bedingen.

Diese abgeschnürten Kerntheile können notorisch punktförmig oder flach scheibenförmig oder fadenförmig sein, welche Variationen ergeben sich hieraus für ihr Bild im Schnitt! Die langen fadenförmigen Verbindungen zwischen zwei Kernenden kennt Gr. selbst genau genug, wie sollen ihre Schräg-, bez. Querschnitte von stäbchen- oder punktförmigen Kernen unterschieden werden? Worin liegt der Beweis, dass ein thatsächlich mitten in einem dicken Schnitt liegender punkt-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

förmiger Kern nicht mit einem anderen grossen noch vor wenigen Minuten in Beziehung stand? Kennen wir doch die Thatsache der Locomobilität der Kerne, welche Grawitz ziemlich vollständig unerwähnt lässt, ja zum Theil, wie es scheint, ableugnet, zur Genüge.

Grawitz sucht diesen Beweis in der Lage der Kerne. Er beschreibt sie erstens als alternirend und schliesst z. B., dass zwei durch eine dicke Fibrille (im Schnitt) getrennte Kerne nicht miteinander zusammenhängen konnten. Weshalb nicht? Giebt es nicht Spalten genug im Gewebe, durch welche sich die Kerne zwängen konnten? Und weshalb sollten gerade die 2 alternirenden Kerne zusammenhängen? Die Abkömmlinge eines jeden von ihnen liegen doch sehr wahrscheinlich in ganz verschiedenen Ebenen und sind in *einem* Schnitt gar nicht zu übersehen. Zweitens liegen die Kerne *innerhalb* der Grundsubstanzen. Gr. selbst giebt zu, dass mit den „Fibrillen“ die Fibrillenbündel gemeint seien, zeichnet aber auch bisweilen einzelne Fibrillen mit Kernen; offenbar ist seiner Ansicht nach die neue Kernmasse bald auf Kosten einer einzelnen Fibrille, bald auf Kosten aller benachbarten, die demnach gewissermaassen angenagt, bez. unterbrochen erscheinen müssten, entstanden. Das thatsächlich vorhandene Bild zeigt nun einmal Bindegewebekerne in dichtester Anlagerung an die einzelnen Fasern, seien es collagene Fibrillen oder elastische Fasern, d. h. das vollkommen normale Bild einer Bindegewebezelle mit ihren Fasern; die Behauptung, dass die Kerne *innerhalb* der einzelnen Fibrillen, bez. elastischen Fasern lägen, können wir gegenüber der nach unserer Erfahrung unüberwindlichen Schwierigkeit, die anliegende Zelle von einer etwa inliegenden, selbst bei den vorzüglichsten Objektiven, zu unterscheiden, nicht für richtig halten. Zweitens findet sich die Auffaserung dickerer Fibrillenbündel, indem Kerne innerhalb derselben auftauchen; aber diese Kerne liegen, wie in den früheren Arbeiten wiederholt ausgeführt wird, in Spalten, nicht in der Substanz selbst. Allerdings wird in den späteren Arbeiten nicht mehr viel von diesen Spalten gesprochen, aber die angewandten Färbungsmethoden gestatten auch nicht leicht, sie zu sehen. Thatsächlich sind sie aber doch überall, wenn auch noch so fein, zwischen den zahllosen feinsten Fibrillen, aus denen jedes dickere Fibrillenbündel zusammengesetzt ist, vorhanden, und es ist nicht wunderbar, dass die sich vorschiebenden Kerne, bez. ihre abgeschnürten Partikel diesen Bahnen folgen. Wirkliche lochartige Aushöhlungen finden sich freilich auch gelegentlich, z. B. an Muskelfasern, welche von Leukocyten resorbirt werden, aber mit jenen schmalen Kernen in Spalten haben diese Bilder keine Aehnlichkeit, ganz abgesehen davon, dass es sich dabei um andere Zellen handelt. Wir erkennen demnach vollkommen an, dass reichlichere Kerne auftreten, aber nicht, dass sie die Grundsubstanz substituiren; dass sie den alten Fasern sehr dicht anliegen, beweist uns nicht, dass sie von den ersten Anfängen an aus diesen in loco entstanden sind, wir können sie nur für vorgeschobene Theilstücke älterer Kerne halten. In dieser Ueberzeugung kann uns auch die Behauptung Gr.'s nicht wankend machen, dass die Kerne *nackt* seien. Schon Weigert hat auf die Schwierigkeit, an normalen Bindegewebezellen das Protoplasma sichtbar zu machen, hingewiesen, Eberth hat hervorgehoben, dass höchstens die Goldmethode hierbei zum Ziele führen könne; mir selbst ist die Schwierigkeit aus mehrjährigen Arbeiten hierüber sehr genau bekannt und ich kann deshalb in den Angaben Gr.'s und seiner Schüler nicht die volle Sicherheit finden, da sie zwar gelegentlich die Goldmethode u. Aehnl. angewandt haben, aber über die Resultate dieser vollkommen mit Stillschweigen hinweggehen. Sicher sind die sämmtlichen, durch die Safraninfärbung erzielten Bilder scheinbar nackter Kerne nicht beweisend; wenn es auch sehr begreiflich ist, dass Grawitz kein Protoplasma anerkennen will, wo er keines sieht, so können wir doch aus jenen Gründen seine Ansicht, dass dieser negative Befund schlagend sei, nicht theilen.

Was die weiteren Schicksale der betr. Gewebe anlangt, so stimmen wir mit Gr. und wohl allen Pathologen überein in der Ansicht, dass die Kerne sich vergrössern, einen immer dickeren Protoplasmamantel zeigen, sich mitotisch theilen u. s. w. Die Auflösung der Grundsubstanzen halten wir für einen vitalen Akt dieser Zellen, bez. ihrer Ausläufer, und wir wüssten keinen Gegengrund gegen die Annahme, dass die in eine lösliche Modifikation übergeführte Grundsubstanz auch wieder zum Aufbau des neuen Protoplasma verwerthet würde. Aber alles dies kann natürlich nicht für die Annahme einer Entstehung auch des ersten Keimcentrum, wenn ich den Ausdruck gebrauchen darf, aus der Grundsubstanz benutzt werden. Betreffs des „Einschlummerns“ der Kerne in der Narbe verweisen wir nur auf unsere vorstehenden Ausführungen.

Endlich noch ein Wort über die Leukocytenfrage. Wir haben bereits ausgesprochen, dass es unseres Erachtens keinen strikten Beweis für oder gegen die persönlichen Anschauungen hierin giebt. Wenn Gr. bei einem Photogramm, welches von leukocytengleichen Zellen wimmelt (Eiterung), bemerkt, dass kein einziger Leukocyt in ihm zu sehen sei, so können wir eben nur mit derselben Ruhe das Gegentheil behaupten. Aber wir können doch einmal auch, ebenso wie die anderen Kritiker, den Vorwurf einer, nach der Textdarstellung wenigstens vollkommen unbegründeten Willkürlichkeit in der Bezeichnung der fraglichen Zellen als Leukocyten oder Nichtleukocyten nicht verschweigen. Zweitens geht aus allen Darstellungen hervor, dass Gr. ausschliesslich die runden, poly-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

nucleären Formen, wie sie meistens im flüssigen Blut erscheinen, als Leukocyten anerkennt. Abgesehen davon, dass gegenüber der Vielgestaltigkeit der weissen Blutkörperchen innerhalb des Blutes diese Umgrenzung doch wohl zu eng gefasst ist, muss doch auch hervorgehoben werden, dass die Leukocyten bei Wanderungen durch schmale Spalten (man denke nur an eine Wanderung durch das Plattenepithel der Haut) die mannigfachsten Formen annehmen und dass namentlich die Kerne zu ausserordentlich langen feinsten Fäden ausgezogen werden können. Alle derartigen Formen scheint Gr. nicht als Leukocyten anzuerkennen (s. o. Kruse); dadurch fällt für ihn die Fehlerquelle weg, dass seine punkt- und stäbchenförmigen Kerne auch Quer- und Schrägschnitte von Leukocyten sein könnten, ebenso wie er für die punktförmigen die Möglichkeit, dass es sich um versprengte Kerntrümmer von Leukocyten handelt, nicht erwägt. So erklärt sich unseres Erachtens auch, dass er bei der entzündeten Cornea die lang ausgezogenen Leukocytenkerne, welche vom Rande her nach der entzündeten Stelle hin wandern und welche ich wenigstens in seinen eigenen Präparaten für solche halten musste, nicht gesehen hat. Zu welchen Consequenzen die „manière de voir" Gr.'s führt, zeigt uns z. B. die Behauptung der Bildung von Carcinomriesenzellen durch Verschmelzung von Krebs- und „Bindegewebe"-Zellen, die betr. Abbildung würde wohl kaum Jemand sonst für etwas Anderes, als für eine Carcinomzelle mit eingeschlossenen Leukocyten halten. Wie auffallend muss es ferner doch sein, dass bei akuten Eiterungen plötzlich Massen von „Abortivkernen" auftauchen, ohne dass ganz wesentliche Gewebedefekte und ohne dass entsprechende Mengen kleinster Anfänge dieser „erwachenden" Kerne sich finden. Müsste man nicht einmal das Bild erwarten, dass die ganze Grundsubstanz, von der ja jedes Molekül die Kernbildung übernehmen kann, in eine Unmasse feinster Chromatinkörner umgewandelt erschiene? Etwas Derartiges wird freilich nie beschrieben, die allerkleinsten Kerne besitzen immer schon recht beträchtliche Dimensionen. Wir können auf die Einzelheiten nicht weiter eingehen. Es genügt, die durchgreifende Verschiedenheit dargethan zu haben. Immerhin glauben wir, dass direkte Beobachtungen von Entzündungsvorgängen beim Warmblüter, etwa am Fledermausflügel oder das alte Experiment der Zinnoberinjektion in's Blut u. Aehnl. wohl im Stande wären, die Ansichten Gr.'s zu verändern.

Wir beendigen hiermit unsere Besprechung, da es zu weit führen möchte, auf die zahlreichen Absonderlichkeiten einzugehen, welche im Einzelnen von Gr. und seinen Schülern theils als Nebenbefunde, theils als Consequenzen der grundlegenden Gedanken mitgetheilt worden sind und von denen einige in den Referaten angedeutet wurden. Bei so zahlreichen und tiefgreifenden Differenzen der Anschauungen ist es ja nur natürlich, dass fast jede Seite zum Widerspruch herausfordert, und es ist in diesem Fall besonders schwer, sich vollständig in den fremden Gedankengang hinein zu versetzen; dass wir es ehrlich versucht haben, wird uns auch von Gr. zugestanden werden. Nur einen Punkt möchten wir noch berühren, nämlich die von Gr. behauptete Fibrinumwandlung des Bindegewebes. Haben wir ihn recht verstanden, so leitet er die gesammte Fibrinbildung, z. B. bei einer Pleuritis, welche vielleicht zolldicke Schwarten bildete, aus einer „fibrinoiden" Umbildung der spärlichen Bindegewebefasern der Pleura ab. Wo das Material dazu herkommt (gleichzeitig erwachen die Fasern ja auch noch zu leukocytenähnlichen Zellen) bleibt unaufgeklärt. Die Behauptung gründet sich auf die Färbung mit Safranin, welche manche Theile des Bindegewebes ebenso roth erscheinen liess, wie die wirklichen Fibrinnetze, und auf das Auftreten von solchen „fibrinoiden Umwandlungen" auch in der Tiefe der Gewebe. Dass Fibrin innerhalb der Gewebe bei Entzündungen zur Ausscheidung kommt (man denke nur an die Diphtherie, die Lymphdrüsen bei Pneumonia croup. u. s. w.), ist doch kein Grund, um die *Umwandlung* der Gewebe daraus zu folgern. Die Färbungsanalogie aber möchte bei einer guten Färbung nach Weigert's Methode sich doch nicht als so vollkommen ausweisen; leider ist über diese Färbungsmethode gar nichts mitgetheilt, nur gelegentlich erwähnt, dass sie ausgeführt worden sei. Noch ein anderes Mittel hätte wohl auch Beachtung verdient: wir sind überzeugt, wenigstens war es in unseren Fällen so, dass ein Gefriermikrotomschnitt einer frischen Pleuritis, in Wasser untersucht, aus der Situation der so charakteristischen Zone elastischer Fasernetze der Pleura gegenüber der Fibrinmasse gezeigt haben müsste, dass diese Fibrinmasse ohne jeden nennenswerthen Defekt im Bindegewebe sich der Oberfläche aufgelagert hatte. Hier handelt es sich fast schon um Dinge von solcher Durchsichtigkeit, dass die Berechtigung individueller Auffassung, für die wir oben eingetreten sind, aufhören müsste.

Denn zuletzt giebt es ja in allen diesen Fragen nur *eine* Wahrheit, und in irgend einer Weise wird auch dieser für beide Theile so unerfreuliche Streit dazu beitragen, diese Wahrheit uns näher zu bringen. Auch ist es immer von Zeit zu Zeit recht nützlich, wenn einmal ein kleines Erdbeben das alte Haus erschüttert. Schwankt es, so würde es an der Zeit sein, es zu verlassen; bleibt es fest, so dürfen wir ihm uns einstweilen noch wieder ruhig anvertrauen.

Wir sind durchaus nicht der Ansicht, dass die Cellularpathologie Virchow's, wie ihr Urheber sie begründete, nämlich auf die Vorstellung hin, dass die Zelle das „letzte eigentliche Formelement aller lebendigen Erscheinung" sei, für immer unangetastet bestehen kann. Aber gegenwärtig er-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

scheint uns die Zeit noch nicht reif, weder für eine „Granularpathologie", noch für eine „Intercellularpathologie" (um Eberth's treffende Bezeichung für die Schlummerzellentheorie zu gebrauchen), welche in der Theorie vielleicht denkbar, in der Wirklichkeit aber unseres Erachtens noch durch keine Thatsache angedeutet oder gar erwiesen ist.

Nachtrag. Während der Correktur erhalte ich Kenntniss von einer soeben erschienen Arbeit Ribbert's (Beiträge zur Histogenese des Carcinoms. Virchow's Arch. CXXXV. 3. 1894), in der R. sich insofern gegen Grawitz ausspricht, als er zwar „eine Art Ruhezustand" für die Bindegewebezellen annimmt, bei dem die Kerne chromatinarm oder äusserst fein und schmal erscheinen, andererseits aber ausschliesslich durch die Vergrösserung und Vermehrung dieser immer vorhandenen Zellen die Zellenvermehrung im Bindegewebe bei Carcinom oder bei entzündlichen Processen entstehen lässt. Wegen der Angaben Heidemann's über die Mitosen im Carcinomstroma schliesst sich R. Hansemann an, da er glaubt, dass die spärlich nachweisbaren Mitosen doch zur Erklärung der Zellvermehrung, gegenüber der langsamen Entwicklung des Carcinoms, vollkommen hinreichen; andererseits genüge die Ableitung von den Bindegewebefasern nicht, um die so grosse Zahl von neuen Zellen zu erklären.

C. Bücheranzeigen.

1. **Die Schwankungen der Reizzustandsgrösse, d. i. der Intensität, bezw. des Umfangs des Lebens im menschlichen Körper.** *Experimentaluntersuchungen* von Dr. K. Francke, Specialarzt für innere Leiden. Leipzig 1893. Georg Thieme. Fol. 36 S. mit 93 Abbild. (15 Mk.)

F. prüfte den Umfang der Herzthätigkeit, der Athmungsthätigkeit und der Wärmebildung zunächst am ruhenden menschlichen Körper, von welchem alle Reize fern gehalten wurden, weiterhin die gleichen Verhältnisse an dem Körper, der durch die verschiedenen Reizarten beeinflusst wurde. Aus der grossen Anzahl der aufgenommenen, zum Theil in der Arbeit wiedergegebenen Curven zieht F. den Schluss, „dass Herzthätigkeit, Athmung und Wärmebildung ohne Reizeinwirkung fallen und nach Reizeinwirkung steigen, dass das Steigen und Fallen der drei hauptsächlichsten Lebensäusserungen im gesunden Körper stets Hand in Hand gehe". „Die jeweilige Grösse der Herzthätigkeit, der Athmung, der Wärmebildung mit allen den von ihnen abhängigen Lebensäusserungen, d. h. die jeweilige Grösse der Entfaltung des Lebens eines Körpers überhaupt, nennen wir den jeweiligen Reizzustand des Körpers". F. geht dann weiter auf die verschiedenen Grade dieses Reizzustandes, seine Abhängigkeit von den Reizen ein. Er kommt dabei zu einer Erklärung des Fiebers und der Entzündung, d. h. des hohen Reizzustandes aller Zellen, beziehentlich einzelner Zellgruppen, und berührt endlich noch den hypnotischen Zustand und den natürlichen Schlaf.

Brückner (Dresden).

2. **Grundriss der Histologie**; von Dr. Bernhard Rawitz. Berlin 1894. S. Karger. Gr. 8. 284 S. mit 204 Abbild. (6 Mk.)

Die Zahl der kleineren histologischen Lehrbücher, bez. Compendien ist um eines vermehrt. Die Eintheilung des Stoffes ist die übliche, im 1. Theile ist die allgemeine Gewebelehre, im 2. die Histologie der einzelnen Organe abgehandelt. Die Darstellung der einzelnen Capitel ist knapp, dabei ist aber den neuesten Forschungen, z. B. denen auf dem Gebiete des Centralnervensystems, gebührend Rechnung getragen, zum Theil sind sie einer scharfen Kritik unterzogen. Technische Angaben sind absichtlich weggelassen, um die Thatsachenschilderung nicht auseinander zu reissen. Nicht sehr einverstanden kann sich Ref. mit den Abbildungen erklären. Sie stellen zum grössten Theil Schemata, nicht aber künstlerisch getreue Nachbildungen mikroskopischer Präparate dar.

R. Klien (München).

3. **Ueber Gasphlegmonen**; von Dr. Eugen Fraenkel in Hamburg. Hamburg u. Leipzig 1893. L. Voss. Gr. 8. VII u. 56 S. (4 Mk.)

Als Gasphlegmonen bezeichnet F. zum Unterschiede von den diffus eitrigen Phlegmonen die septischen Phlegmonen, bei welchen es in den erweichenden und zerfallenden Geweben zur Gasentwickelung kommt, ohne dass damit nothwendig auch eine Eiterbildung einhergehen müsste. In 4 derartigen Fällen ist es nun F. gelungen, einen von ihm als Bacillus phlegmones emphysematosae bezeichneten Mikroorganismus zu züchten, welcher durch ein besonderes Culturverfahren isolirt und durch Uebertragung auf geeignete Versuchsthiere ein typisches Krankheitsbild giebt, welches mit dem beim Menschen auftretenden in klinischer und anatomischer Beziehung so übereinstimmt, dass von einer direkten Identität gesprochen werden kann. Es ist ein anaërober Mikrobe, welcher be-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

sonders auf Agarplatten bei Bruttemperatur charakteristisch wächst; es bilden sich hier jeder einzelnen Arterie entsprechend Gasblasen, die bis zu 1 cm Durchmesser gewinnen können. Aehnlich ist das Verhalten der Stichculturen auf Agar in Wasserstoff-Atmosphäre; auch hier üppiges Wachsthum im Impfstiche und um diesen herum besonders zwischen Agar und Glaswandung, mehr oder weniger zahlreiche Luftblasen. Weniger prägnant ist die Gasentwickelung auf Gelatine; sehr gut gedeihen die Bacillen auf Blutserum, kümmerlich auf Kartoffeln. Dagegen sind Milch und Bouillon vortreffliche Nährböden. Unter dem Mikroskop zeigen sich kurze, etwas plumpe Stäbchen mit abgerundeten Enden, von denen oft viele sich zu Scheinfäden aneinander legen; nur ausnahmeweise waren in den Stäbchen Sporen nachweisbar, doch ist deren Auftreten ganz inconstant. Bei Uebertragung von Reincultur auf Meerschweinchen stellte sich sehr bald an der Impfstelle eine schmerzhafte Infiltration ein, welche zu massenhafter Exsudation hämorrhagischer fleischwasserartiger Flüssigkeit und nach 24 Std. zur Entwickelung von Gas im Bereiche der entzündeten Partie führte. Wird dieser Krankheitsherd frühzeitig eröffnet, so kann das Thier sich wieder erholen, im Uebrigen kann der Tod schon sehr rasch, in 36 Std. bis 4 Tagen, erfolgen. Niemals fand sich bei der Sektion der Thiere eine Spur von Eiterbildung. Der gefundene Mikrobe hat Aehnlichkeit mit dem Rauschbrandbacillus, mit dem von Liborius entdeckten Pseudo-Oedembacillus und anderen gasbildenden Bakterien, doch finden sich beim Vergleiche stets schwerwiegende Differenzen, welche die Verschiedenheit dieser Bakterien von dem Fraenkel'schen beweisen. Goldschmidt (Nürnberg).

4. **Les affections parasyphilitiques**; par Alfred Fournier. Paris 1894. Rueff et Cie. 8°. 375 pp.

F. giebt in diesem Buche, das alle Vorzüge des ebenso als Beobachter wie als Schriftsteller ausgezeichneten Vf.'s auf's Neue erkennen lässt, eine Gesammtdarstellung der Krankheiten, die er als parasyphilitisch bezeichnet. Nach seiner Definition heissen so die Erkrankungen, die d'origine, aber nicht de nature zur Syphilis gehören, d. h. zu deren Bedingungen die Syphilis gehört, die aber in ihrem Wesen sich anders verhalten als die unmittelbaren Wirkungen der Syphilis, bei denen die antisyphilitische Behandlung erfolglos ist und deren anatomischer Ausdruck nicht das Syphilom ist. Es scheint demnach so, als ob F. unter Parasyphilis dasselbe verstände, was *Ref.* Metasyphilis genannt hat. Es ist aber nicht so, denn F. verlangt nicht, dass die Syphilis conditio sine qua non sei, er hält es für wohl möglich, dass die Erkrankungen, die, wenn sie durch Syphilis bewirkt sind, Parasyphilis heissen, auch durch andere Ursachen hervorgerufen werden können. Mit anderen Worten, F. fasst einmal seinen Begriff so weit, dass er zur Parasyphilis auch Zustände rechnet, bei denen die Syphilis nur eine durch andere ersetzbare Bedingung ist, und er erkennt zum anderen nicht an, dass ein Theil der parasyphilitischen Erkrankungen von jenen Zuständen unterschieden werden muss, weil sie *nur* da vorkommen, wo Syphilis vorausgegangen ist, demnach in ganz anderer Beziehung zur Syphilis stehen als jene. *Ref.* dagegen nennt nur die Krankheiten Metasyphilis, die zwar durch den Verlauf, den anatomischen Befund, durch ihr Verhalten gegen die Therapie von der Syphilis unterschieden sind, deren conditio sine qua non aber die Syphilis ist. F. stellt die Neurasthenie und die Hysterie, wenn die Syphilis agent provocateur war, auf eine Stufe mit der Tabes und der progressiven Paralyse. Die parasyphilitische Hysterie aber ist genau dieselbe Hysterie wie die traumatische, die toxische u. s. w. Bei ihr ist die Syphilis nichts weiter als eine Gelegenheitsursache, deren Qualität gar nicht in Frage kommt, eine Nebenbedingung, die, wenn die Hauptbedingung, d. h. die angeborene Anlage, vorhanden ist, durch irgend eine andere Einwirkung vertreten werden kann. Wenn es gar keine Syphilis gäbe, würden sämmtliche Erscheinungen, die wir bei der parasyphilitischen Hysterie beobachten, doch vorhanden sein, denn es giebt kein einziges Hysterie-Symptom, das nur bei Parasyphilis vorkäme. *Die Tabes aber und die progressive Paralyse würden überhaupt nicht existiren, wenn es keine Syphilis gäbe.* Man kann dies leugnen, wie es leider auch Fournier thut, man muss aber zugeben, dass die Tabes in viel näherer Beziehung zur Syphilis steht als die Hysterie, dass Krankheiten vorkommen können, auf die der Begriff der Metasyphilis passt, und dass diese getrennt werden müssen von denen, deren Gelegenheitsursache bloss die Syphilis ist. Alles unter dem Begriffe Parasyphilis zusammenzufassen, das scheint dem *Ref.* nicht richtig zu sein und dies ist der principielle Vorwurf, den er gegen F.'s Darstellung erhebt.

Ausser der Einleitung bilden 2 Abschnitte F.'s Buch, je nachdem die erworbene oder die ererbte Syphilis Ursache ist. Im ersten eröffnet die „syphilide pigmentaire", die in Deutschland auch Leukoderma genannt wird, den Reigen und wird ausführlich geschildert. Bei ihr dürfte es sich um Metasyphilis handeln. Dann folgen 2 ausführliche und sehr interessante Abhandlungen über parasyphilitische Neurasthenie und solche Hysterie. Besonders kommen hier diagnostische Erörterungen zur Darstellung. Die Tabes wird diesmal nur kurz besprochen, dagegen widmet F. der progressiven Paralyse eine ausführliche Besprechung und geht auf alle die Umstände ein, die hier ebenso wie bei der Tabes zu der Annahme der Syphilis als Ursache nöthigen. Bekanntlich leugnete F. früher den syphilitischen Ursprung der paralysie générale vraie und behauptete, die Syphilis mache nur

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

pseudoparalysies. Mit edlem Freimuthe gesteht er ein, dass er sich geirrt habe. In einem Excurse geht F. auf die in Frankreich neuerdings viel erörterte Frage ein, ob Tabes und progressive Paralyse Formen derselben Krankheit seien. Er ist geneigt die Frage zu bejahen, wagt aber noch nicht, sich mit voller Bestimmtheit auszusprechen. Es folgt die Epilepsie parasyphilitique (vgl. Jahrbb. CCXLI. p. 25). Endlich schildert F. die zuerst von Raymond beschriebene Amyotrophie parasyphilitique. Es handelt sich dabei um Muskelschwund nach der Art des „type Aran-Duchenne", bei dem aber Schmerzen bestehen und die Lähmung über die Atrophie hinausreicht. Die Krankheit tritt mehrere Jahre nach der Syphilis auf, wird durch deren Behandlung nicht beeinflusst, schreitet bis zum allgemeinen Muskelschwunde fort und tödtet durch Lähmung der Athemmuskeln. Nach dem Tode hat man ausser gummatöser Meningitis Atrophie der Vorderhörner gefunden, die Folge einer Myélite vasculaire sein soll.

Die ererbte Syphilis ruft vielleicht noch häufiger als die erworbene parasyphilitische Veränderungen hervor. Solche sind: die Lebensschwäche der Früchte, angeborene Missbildungen, sehr verschiedene Dystrophien (an den Zähnen, den Knochen, den Geschlechtstheilen, der Zwergwuchs, der Infantilismus, die Rhachitis), die Idiotie und der Schwachsinn, die Hydrocephalie, die Meningitis, der Tod ohne nachweisbare Ursache, die Little'sche Krankheit, die Tabes, die progressive Paralyse. Der Raum gestattet nicht, auf die vielfach höchst lehrreichen und kaum ernstlich anzufechtenden Erörterungen des erfahrungsreichen Vf.'s einzugehen.

Am Schlusse hebt F. hervor, dass die ganze Lehre von der Parasyphilis erst in den Kinderschuhen stehe, dass wir wahrscheinlich heute noch gar nicht wissen, wie weit der Einfluss der Syphilis reicht, und dass gerade durch die Erkenntniss der Parasyphilis der furchtbare Ernst der Syphilis deutlich werde. Zwar enthalten diese Erörterungen nicht durchaus neue Gesichtspunkte, wenigstens die Leser der Jahrbücher sind auf sie wiederholt hingewiesen worden, aber das raubt ihnen nichts von ihrer Bedeutung. Möchten doch Alle F.'s schöne und eindringliche Ansprache lesen, damit sie einsehen, dass die Bemühungen um die Aetiologie der Tabes u. s. w. nicht einem theoretischen Gelüste dienen, wie wohl Manche meinen, sobald sie hören, dass die Schmierkur trotzdem nichts hilft, sondern zu einem praktischen Ziele führen, d. h. dazu, alles Gewicht auf die Verhütung der schlimmsten aller Seuchen, der Syphilis zu legen.

Die Ausstattung von F.'s Buche ist so schön, dass ein deutscher Autor bitteren Neid empfinden muss, denn er darf nie auf eine solche hoffen. Möbius.

5. **Die pathologische Histologie der Grosshirnrinden-Erkrankung bei der allgemeinen progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der akuten und Frühformen**; monographisch bearbeitet von Prof. Otto Binswanger. Jena 1893. G. Fischer. Gr. 8. 186 S. (4 Mk.)

Theoretische Erörterungen über das Wesen der Entzündung führen den Vf. zu der Aufstellung des Satzes, dass wir bei der sog. chronischen Entzündung immer wieder zu dem Begriffe einer primären, langsam fortschreitenden, tiefer greifenden Ernährungstörung kommen, die gewebezerstörende, d. h. degenerative Vorgänge hervorruft. Die entzündlichen Processe, die sich später hinzugesellen, sind Begleiterscheinungen der reparativen Vorgänge. Es wird deshalb eine Lösung der Frage nach der anatomischen Grundlage der Paralyse nur durch das Studium der Frühformen herbeigeführt werden. B. berücksichtigte deshalb nur solche Fälle, in denen vom Beginne des Leidens bis zum Tode nur 1 J. verflossen war. Er gruppirt seine 21 Fälle in 1) ganz chronisch sich entwickelnde, in denen der Tod durch intercurrente Erkrankung im 1. Stadium ohne das Dazwischentreten paralytischer Anfälle erfolgte, 2) chronisch beginnende Fälle, Tod im Initialstadium durch paralytischen Anfall, 3) stürmisch verlaufende Fälle, in denen beim Einsetzen der akuten Krankheitserscheinungen schon kürzere oder längere Zeit die klinischen Zeichen der Paralyse bestanden hatten, und 4) wahre akute Fälle ohne Vorläufererscheinungen. Die Untersuchungen erstreckten sich auf die Nervenfasern, die Nervenzellen, die Grund- und Stützsubstanz (Neuroglia) und die Gefässe und auf die weichen Hirnhäute. Es wurden dabei alle gebräuchlichen Methoden angewendet und, soweit möglich, stets Controlpräparate von gesunden und gleich behandelten Gehirnen gemacht.

Das wesentlichste Ergebniss ist, dass die *Degeneration der Nervenfasern das Primäre* sei gegenüber den erst später einsetzenden entzündlichen Veränderungen in der Hirnrinde. Der Vf. zieht nachfolgende Schlüsse aus seinen Beobachtungen:

„1) Die typischen Fälle der allgemeinen, progressiven Paralyse beruhen, anatomisch betrachtet, auf chronischen, diffusen, atrophisch-degenerativen Veränderungen der funktionstragenden Rindensubstanz. Dieselben betreffen wahrscheinlich in erster Linie die feinsten, mit unsern jetzigen Hülfsmitteln an den pathologischen Objekten nicht mit genügender Deutlichkeit darstellbaren, markhaltigen und marklosen Nervenendausbreitungen, gehen aber schon im Anfangsstadium der Erkrankung auf die mittelst der Markscheidenfärbung nachweisbaren markhaltigen Nervenfasern und auf die Ganglienzellen über. Inwieweit ungeformte und geformte Bestandtheile der ursprünglichen (ektodermalen) Grund- und Stützsubstanz an dem Gewebeschwunde betheiligt sind, lässt sich mit Sicherheit nicht nachweisen. Nur an Kernen der Gliazellen sind die Anzeichen degenerativer Vorgänge bei geeigneter Kernfärbung erkennbar.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

2) Schon in den Frühstadien der Erkrankung finden sich die Folgeerscheinungen dieser Gewebeschädigungen an den Blutgefässen deutlich ausgeprägt. Die venöse Blutgefässbahn ist überall hochgradig erweitert und prall mit rothen Blutzellen gefüllt. Eine wesentliche Vermehrung der weissen Blutzellen ist innerhalb dieser Gefässe nicht vorhanden. Die Gefässwand unterliegt ebenfalls schon frühzeitig regressiven Veränderungen, welche besonders die Arteriolen und Capillaren betreffen und den Charakter der hyalinen Degeneration besitzen.

3) Zu gleicher Zeit spielen sich aktive reparatorische Vorgänge an der Endotheladventitia der Gefässe, und zwar in erster Linie an den Venen ab, welche in einer Verdickung dieser Häute und Wucherung der endothelialen Kerne bestehen. Ein Theil dieser Gewebeneubildung unterliegt im weiteren Verlauf der Erkrankung ebenfalls der hyalinen Degeneration. An anderen Gefässen greifen späterhin die Proliferationsvorgänge auf die eigentliche Gefässwand über und führen zu streifigen Verdickungen und Kernvermehrungen dieser letzteren. Das Lumen der Gefässe wird dadurch verengt; völlige Obliterationen der Gefässe, wie sie in alten im terminalen Stadium verstorbenen Fällen zahlreich beobachtet werden, sind in den Frühstadien nicht nachweisbar. Eine Neubildung von Gefässen konnte weder an frischen, noch an alten Fällen mit genügender Sicherheit festgestellt werden.

4) Das intra- und extraadventitielle Saftbahnsystem ist schon in frühen Stadien der Erkrankung in ausgedehntem Maasse erweitert. Die intraadventitiellen Lymphräume sind aber nur streckenweise von der Media in grösserem Umfange abgehoben und bergen dann rothe und weisse Blutzellen, geronnene Lymphe, amorphes, scholliges und feinkörniges Blutpigment in wechselnder Menge. Massigere Anhäufungen von weissen Blutzellen innerhalb der adventitiellen Scheide werden in den Frühstadien der Erkrankung nur ganz vereinzelt aufgefunden. Die Extravasation von Blutbestandtheilen, insbesondere von rothen Blutkörperchen, sowie die Anwesenheit von Resten älterer Blutaustritte finden sich am häufigsten in den Fällen, in welchen die Gefässwand weitgehende degenerative Veränderungen aufweist. Die Anhäufung weisser Blutzellen in der Endothelscheide erreicht bei diesen Frühformen, welche einen schleichenden, nicht von paralytischen Anfällen unterbrochenen Verlauf bis zu dem durch intercurrente Erkrankungen erfolgten tödtlichen Ausgange dargeboten hatten, niemals einen hohen Grad und eine allgemeinere Ausbreitung, so dass aus diesem Befunde ein Rückschluss auf intra vitam stattgehabte exsudative Vorgänge nicht zulässig wäre. Im Gegentheil sind dieselben nur als Folgeerscheinungen lange dauernder und öfter wiederholter venöser Stasen aufzufassen. Das extraadventitielle Saftbahnnetz ist überall erweitert, einschliesslich der pericellulären Räume. In den extraadventitiellen Räumen finden sich ebenfalls — wenn auch in geringem Maasse — weisse und rothe Blutzellen, homogene Fibringerinnsel, sowie schollige, grob- und feinkörnige Blutpigmentreste. In den Saftlücken der Rindensubstanz, sowie in den pericellulären Räumen ist eine wesentliche Vermehrung der lymphoiden Elemente nicht zu constatiren.

5) Wucherungsprocesse der faserigen Antheile der Gerüstsubstanz sind, soweit dies mit den jetzt geltenden Untersuchungsmethoden an Schnittpräparaten erkennbar ist, noch nicht vorhanden. Nur in der Gliahülle sind neben atrophischen Stellen noch deutliche Vermehrung und derbere Beschaffenheit der Gliafasern im Anfangsstadium nachzuweisen. Die mesodermalen Stützzellen (Spinnenzellen) sind bei den Frühformen in den mittleren und tieferen Rindenlagen nicht vermehrt. Zuerst tritt in der Gliahülle eine deutliche Vermehrung derselben auf.

6) Bei weiterem Bestande des Leidens treten zu den genannten Veränderungen wahre entzündliche, d. i. exsudative Vorgänge hinzu, welche sich klinisch nicht selten durch Fieberbewegungen, Zustände von Somnolenz, cortico-motorische Reiz- und Lähmungserscheinungen (paralytische Anfälle) auszeichnen. Erfolgt der Tod in einem solchen akuten Schube, so finden sich im intra- und extraadventitiellen Saftbahnsystem kleinzellige Anhäufungen in ausgedehntem Maasse. Doch muss hier bemerkt werden, dass keineswegs alle sog. paralytischen Anfälle in dieser Weise anatomisch begründet sind; vielmehr muss angenommen werden, dass auch Hirndruckschwankungen allein, welche durch den behinderten Abfluss der im vermehrten Maasse die Saftbahnen des Gehirns erfüllenden lymphatischen Flüssigkeit hervorgerufen werden, die Ursache paralytischer Anfälle darstellen. Es wird dies um so leichter geschehen, je intensiver die cortikalen Funktionen durch den diffusen Gewebeschwund geschädigt sind.

7) Eine wichtige Rolle bei der Weiterentwicklung des Leidens spielt die Betheiligung der Leptomeninx an dem Krankheitsprocesse. In den Frühformen ist die Pia mater über der Convexität nur in geringem Maasse (und nur auf vereinzelte Stellen des Stirnhirns beschränkt), verdickt und mit zahlreichen endothelialen Kernen besetzt. Regelmässig aber zeigt sich die oben erörterte Verdickung und Kernvermehrung der Endotheladventitia an den in die Rinde einstrahlenden Gefässen. Die hyperplastischen Vorgänge an der Pia sind mit grösster Wahrscheinlichkeit als eine Fortpflanzung der endothelialen Wucherung von der Gefässscheide auf die Endothelmembran aufzufassen. Sowohl im Bereiche der in die Rinde einstrahlenden Gefässe, als auch der verdickten Piaabschnitte finden partielle Verwachsungen der Pia mit der Gliahülle

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

statt. Diese sind hervorgerufen, einerseits durch das Hineinwuchern der Gliafasern in die weiche Hirnhaut, andererseits durch die Verbreiterung und Wucherung der den epicerebralen Raum durchsetzenden und von der Pia stammenden Endothelsepta. Durch die Verwachsungen der Endotheladventitia mit der benachbarten Gliahülle werden die Abflussöffnungen des extravaskulären Saftkanalsystems verlegt und dadurch eine vermehrte Flüssigkeitsstauung, besonders in den Lymphräumen der Gliahülle, aber auch in den tiefer gelegenen Abschnitten der Rinde hervorgerufen. Die pathologisch vermehrte und veränderte Lymphflüssigkeit bewirkt die Umwandlung abgestorbener Gewebebestandtheile zu coagulirten, nekrotischen Massen.

8) Die sog. akuten, galoppirenden Formen der Paralyse unterscheiden sich nicht durch einen besonderen Befund von der typischen Form der Paralyse. Sie zeichnen sich nur durch ein rascheres Fortschreiten der Krankheitsvorgänge aus. Sowohl die degenerativen, als auch die reparatorischen Vorgänge gewinnen eine raschere und diffusere Ausbreitung. In einem Theil der Fälle erfolgt der Tod auf Grund der durch den stürmischen Krankheitsverlauf bedingten klinischen [soll wohl heissen: körperlichen] Erscheinungen, bei welchen heftigste motorische Erregung, mangelnde Nahrungsaufnahme, Entkräftung, Bronchopneumonie, Intestinalkatarrh u. s. w. die Hauptrolle spielen. Ausgebreitete exsudative, d. i. wahre entzündliche Erscheinungen können dann ganz fehlen. In einer anderen Reihe von Fällen sind dieselben aber in ausgeprägtem Maasse vorhanden.

9) Sowohl bei den typischen, chronisch verlaufenden, als auch bei den galoppirenden Fällen betrifft der diffuse Krankheitsprocess in erster Linie das Stirnhirn (einschliesslich der Insel) und das Scheitelhirn und greift dann auf den Schläfen- und Hinterhauptslappen über. Eine frühzeitige, ausgedehntere Betheiligung des Hinterhauptslappens ist von mir nicht beobachtet worden."

Soweit die Ausführungen des Vfs. Den ausführlichen theoretischen Erörterungen und eingehenden Schilderungen seiner Einzelbeobachtungen wird es an Widerspruch nicht fehlen. So ist schon in der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe am 12. Nov. 1893 Nissl besonders dem entgegengetreten, dass keine erhebliche Gliawucherung stattfände. Jedenfalls werden aber weitere Studien über die pathologische Anatomie der Paralyse mit den Resultaten des Vfs. zu rechnen haben.

G. Aschaffenburg (Heidelberg).

6. **Grundriss der allgemeinen klinischen Pathologie**; von Dr. Ludolf Krehl in Jena. Leipzig 1893. F. C. W. Vogel. Gr. 8. 238 S. (6 Mk.)

Der Verfasser des vorliegenden Buches hat den glücklichen Gedanken gehabt, einen Grundriss der allgemeinen Pathologie vom *klinischen* Standpunkte aus zu schreiben. Fast alle bisher erschienenen Werke über „Allgemeine Pathologie" behandeln ihren Gegenstand vorzugsweise nach der *anatomischen* Seite hin. Auch in den Vorlesungen über allgemeine Pathologie wird in der Regel das meiste Gewicht auf die krankhaften anatomischen Gewebeveränderungen gelegt, auf die verschiedenen Formen der „Degenerationen", auf die anatomischen Verhältnisse bei der Entzündung, der Neubildung, der Gefässverstopfung u. s. w. Erst Cohnheim hat in seinen berühmten „Vorlesungen über allgemeine Pathologie" das Gebiet der allgemeinen Pathologie von einem weiter reichenden Standpunkte aus aufgefasst und neben dem anatomischen Geschehen auch die Störungen in der *Funktion* der einzelnen Organe und die hiermit zusammenhängenden klinischen Symptome ausführlich erörtert.

In ähnlicher Weise, wie Cohnheim, nur noch in etwas schärfer betonter Beziehung zu den Fragen der klinischen Medicin, hat auch Krehl das Gebiet der „allgemeinen klinischen Pathologie" umgrenzt und in kurzer übersichtlicher Weise auf 210 Seiten einen Grundriss aller hierher gehörigen wichtigen Thatsachen und wissenschaftlichen Anschauungen gegeben. Vergleicht man den geringen äusseren Umfang des Buches mit der Fülle des darin behandelten Stoffes, so muss man rühmend anerkennen, dass Vf. es in hohem Grade verstanden hat, eine ungemein grosse Menge wissenschaftlichen Materials in eine kurze gedrängte Form zusammenzufassen. Auf jeder Seite des Buches und nicht minder aus dem sorgfältig ausgewählten und geordneten umfangreichen Literaturverzeichniss erkennt der kundige Leser, mit welchem Fleiss und mit welcher eingehenden Kenntniss der Vf. seine Arbeit ausgeführt hat. Dabei tritt auch überall das Bestreben hervor, den Grad der Sicherheit unseres Wissens und die Grenzen desselben auf allen Gebieten dem Leser zum Bewusstsein zu führen. Auch eigene Kritik und selbständige wissenschaftliche Anschauungen machen sich an manchen Stellen des Buches geltend.

Wie lobenswerth auch diese Kürze der Darstellung ist, so liegt andererseits freilich hierin unseres Erachtens auch eine Gefahr für den *didaktischen* Werth des Buches. Nach der Ansicht des Ref. kann freilich in einem, in erster Linie auch für Studirende bestimmten Lehrbuch die Anführung der *Thatsachen* nicht präcis und kurz genug sein. Je nackter das einzelne Faktum, von allem Beiwerk losgelöst, in kurzen Worten dargestellt ist, um so leichter prägt es sich der Auffassung und dem Gedächtniss des Lernenden ein. Anders aber verhält es sich mit der *Erklärung* der Thatsachen, mit der Darstellung einzelner Theorien, Hypothesen u. dergl. Hierbei bedarf der Lernende zum richtigen Verständniss meist einer so grossen Menge in einander greifender Vorstellungen, dass nur ein

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

langsames, allmählich erfolgendes Entrollen derselben zu einer festen Verknüpfung und somit zu einer wirklichen Aneignung des Vorgetragenen führen kann. In dieser Hinsicht wäre nun nach Ansicht des Ref. in dem Krehl'schen Grundriss an manchen Stellen eine etwas grössere Ausführlichkeit erwünscht, so z. B. gleich in dem ersten Capitel über den Kreislauf. Eine etwas breitere Darstellung der für den Anfänger nicht ganz leicht verständlichen wichtigen, mechanischen und physikalischen Verhältnisse würde hier gewiss dankbar anerkannt werden. Um gleich noch eine Aeusserlichkeit zu erwähnen, so glaubt Ref. dem Vf. auch noch eine etwas erhöhte Aufmerksamkeit auf die grammatikalisch-logische Form des Ausdrucks anrathen zu dürfen (man vergleiche z. B. Ausdrücke wie „athmende Funktion" auf S. 40, „ein für den Darm wichtiges neues Gebiet" auf S. 104 u. A.).

Auf Einzelheiten in dem reichen Inhalt des Buches einzugehen, ist nicht möglich. Ref. kann nur noch einmal mit grösster Anerkennung die völlige Beherrschung des Stoffes und das allenthalben klare besonnene Urtheil des Vfs. hervorheben. Die 8 Abschnitte des Buches haben die Ueberschriften: 1) Der Kreislauf. 2) Das Blut. 3) Die Athmung. 4) Die Verdauung. 5) Der Stoffwechsel. 6) Das Fieber. 7) Die Harnabsonderung. 8) Das Nervensystem. Auf allen diesen verschiedenen umfassenden Gebieten ist der Vf. auf's Beste unterrichtet, allenthalben merkt man nicht nur seine vortreffliche klinische, sondern vor Allem auch seine vorzügliche physiologische Schulung.

Wir wünschen dem Buche von Herzen einen guten äusseren Erfolg. Möge das Buch fleissig von Studirenden und Aerzten gelesen werden. Es wird dann sicher zur Verbreitung einer tiefer gehenden physiologischen Auffassung der krankhaften Vorgänge im menschlichen Körper viel beitragen. Strümpell (Erlangen).

7. **Lehrbuch der speciellen Chirurgie für Aerzte und Studirende**; von Dr. Franz Koenig, o. Prof. d. Chir., Geh. Med.-Rath, Direktor d. chir. Klinik in Göttingen. 6. Aufl. III. Bd. Berlin 1894. A. Hirschwald. Gr. 8. 846 S. mit 104 Holzschn. (13 Mk.)

Ende 1874 übergab Koenig zum ersten Male den Aerzten und Studirenden den 1. Band seines Lehrbuches der speciellen Chirurgie; Mitte 1877 lag das ganze Werk vollständig vor. Anfang dieses Jahres ist mit dem abschliessenden 3 Bande das Koenig'sche Werk zum 6. Male vollständig erschienen. Diese kurzen historischen Daten geben jedenfalls den besten Beweis für den hohen Werth dieses ausgezeichneten Buches. Die ausserordentlich grossen Fortschritte, die die Chirurgie in den letzten 20 Jahren gemacht hat und an denen K. in hervorragender Weise mit betheiligt ist, haben in den verschiedenen Auflagen seines Werkes volle Würdigung gefunden.

Wir haben bereits bei der Anzeige des 1. und 2. Bandes der 6. Auflage des Lehrbuches der speciellen Chirurgie hervorgehoben, dass kaum ein Abschnitt Aenderungen vermissen lässt, dass viele Capitel gänzlich umgearbeitet, andere ganz neu eingefügt worden sind.

Auch der vorliegende 3. Band, der die chirurgischen Erkrankungen der Wirbelsäule und der Extremitäten enthält, steht wieder vollkommen auf der Höhe der chirurgischen Wissenschaft.

Wir können nur wünschen, dass der hochverdiente Verfasser noch für eine lange Reihe von Jahren die gleiche Schaffensfreudigkeit behält und den Studirenden und Aerzten, sowie auch vor Allem seinen engeren Fachgenossen ein gleich treuer Rathgeber in der speciellen Chirurgie bleibt, wie bisher. P. Wagner (Leipzig).

8. **Augenärztliche Unterrichtstafeln für den akademischen und Selbst-Unterricht**; von Prof. Magnus. Breslau 1892 u. 1893. Kern's Verlag (Max Müller). (19 Mk. 90 Pf.)

Die wichtigsten Capitel aus der Augenheilkunde, jedes für sich getrennt, auf grossen Tafeln mit Zeichnungen und Abbildungen zur Darstellung zu bringen, ist der Zweck dieses Werkes. Bis jetzt sind 5 Hefte erschienen. Ihr Inhalt lässt den grossen Werth dieses neuen Werkes erkennen. Wenn auch die einzelnen Capitel in jedem guten Lehrbuche zu finden sind, so dürften sich doch diese Tafeln mit ihren vorzüglichen Zeichnungen und der vortrefflichen kurzen Beschreibung dem Lernenden ganz anders in das Gedächtniss einprägen. Einige Darstellungen, wie die über beginnende Linsentrübung und über die Veränderungen des Augenhintergrundes bei Allgemeinerkrankungen sind in gleich vortrefflicher Ausführung bisher überhaupt noch nicht vorhanden gewesen. Die Ausstattung des ganzen Werkes, bez. der bis jetzt erschienenen Lieferungen ist sehr gut und sehr geeignet zum öfteren Gebrauche.

Heft I (Preis 3 Mk.) enthält: Anleitung zur Diagnostik der centralen Störungen des optischen Apparates.

Heft II (Preis 4 Mk.): Die Entwickelung des Alterstaars auf 11 Tafeln.

Heft III (Preis 2 Mk. 40 Pf.): Uebersichtliche Zusammenstellung der Augenbewegungen im physiologischen und pathologischen Zustand von Landolt in Paris. (Dass Magnus die Doppelbilder dem Texte noch in grosser, deutlicher Zeichnung beigefügt hat, ist von entschiedenem Vortheil.)

Heft IV (Preis 6 Mk.): Die Haupttypen der ophthalmoskopischen Veränderungen des Augengrundes bei Allgemeinerkrankungen auf 8 farbigen Tafeln.

Heft V (Preis 4 Mk. 50 Pf.): Die wichtigsten Störungen des Gesichtsfeldes von Prof. Haab in Zürich. Lamhofer (Leipzig).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

9. **Lehrbuch der Frauenkrankheiten**; von Dr. Hermann Fehling, ord. Prof. d. Geburtsh. u. Gynäkol., Direktor d. Univ.-Frauenklinik zu Basel [Bibliothek d. Arztes]. Stuttgart 1893. F. Enke. Gr. 8. XII u. 540 S. mit 240 in d. Text gedruckten Abbildungen. (13 Mk.)

Es war ein glücklicher Gedanke der Verlagsbuchhandlung, gerade F. für ihre „Bibliothek des Arztes" als Bearbeiter der Frauenkrankheiten zu gewinnen, denn auf diese Weise ist ein Lehrbuch entstanden, welches nicht allein den praktizirenden Arzt nach jeder Richtung hin befriedigen, sondern welches auch von dem Gynäkologen von Fach mit grossem Interesse gelesen werden wird.

F. vertritt den Standpunkt, dass die Gynäkologie keineswegs als ausschliessliches Gebiet des Specialisten angesehen werden darf. „Die Gynäkologie, wie sie im ersten Aufschwung von den Heroen derselben, einem C. v. Braun, Credé, Scanzoni, G. Veit gelehrt wurde, muss der allgemein praktische Arzt so gut kennen und ausüben wie der Specialist; die Beherrschung dieser Therapie in der Hand des Hausarztes schützt vor zu einseitiger Auffassung des Faches, wie es in der Hand mancher Aerzte üblich geworden ist." Im Gegensatz hierzu sollen nach F. die chirurgisch-gynäkologischen Operationen einem gut eingerichteten Krankenhause und seinem Leiter vorbehalten bleiben.

F. beginnt mit der Besprechung der allgemeinen Untersuchungsmethoden und der allgemeinen Therapie; es folgen dann die einzelnen Capitel über die Krankheiten der Vulva, die Krankheiten des Hymens und der Scheide, die Krankheiten der Gebärmutter, die Erkrankungen der Tuben, die Krankheiten der Eierstöcke, die Erkrankungen des Beckenbauchfells und des Beckenbindegewebes und schliesslich die Erkrankungen der Ligamenta rotunda uteri. Bei der Besprechung der allgemeinen Therapie werden unter Anderem auch die bei Frauenkrankheiten in Frage kommenden Badekuren und die Anwendung von Pessarien in ausführlicher Weise abgehandelt. Auch alle grösseren Operationen werden eingehend beschrieben und in ihrer Bedeutung besprochen; da der praktische Arzt, auch wenn er selbst nicht die Operation ausführt, nach F.'s Ansicht doch genau darüber orientirt sein muss, um der Kranken gegenüber Möglichkeit und Prognose der Operation selbst ermessen zu können.

Auf Einzelheiten soll hier nicht eingegangen werden. Ein grosser Vorzug des Werkes ist die in allen Abschnitten hervortretende Exaktheit, Klarheit und Uebersichtlichkeit; unterstützt wird das Verständniss aller Darstellungen durch eine grosse Zahl meist ganz vorzüglich gelungener Abbildungen. Das Bedürfniss des in der allgemeinen Praxis stehenden Arztes hat F. bei Abfassung seines Lehrbuchs vorzugsweise im Auge gehabt und das F. vorschwebende Ziel, „dem praktischen Arzt in seinem verantwortungsvollen Berufe ein zuverlässiger Berather zu sein", ist in dem vorliegenden Lehrbuche der Frauenkrankheiten in vollkommener Weise erreicht.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

10. **Ueber die Rehabilitation der Schamfugentrennung oder Symphyseotomie durch die geburtshülfliche Schule in Neapel**; von Dr. Franz Ludwig Neugebauer in Warschau. I. Theil. *Die Geschichte des Schamfugenschnittes und die bisherige Casuistik von 437 Operationen von 1777 bis 1893.* Nebst Literaturverzeichniss. Leipzig 1893. Otto Wigand. Gr. 8. 313 S. (6 Mk.)

Mit dem aussergewöhnlichen Fleiss, der auch frühere Arbeiten desselben Verfassers auszeichnet, hat N. es unternommen, das weit zerstreute Material zu sammeln und die vorliegende umfangreiche Statistik zusammenzustellen.

In einer ersten Abtheilung hat N. 204 Operationen zusammengestellt, welche in dem Zeitraum von 1777—1886 vorgenommen wurden. Von 176 Müttern ist das weitere Schicksal bekannt, und zwar starben hiervon 56 oder 31.8%. Von 172 Kindern starben 84 oder 48.8%.

Die neuere Casuistik der Symphyseotomie erstreckt sich auf den Zeitraum von 1887 bis Ende Juni 1893; in denselben fallen 213 Operationen. Hiervon kommen 4 auf das Jahr 1887, je 7 auf die Jahre 1888—1890, 12 auf das Jahr 1891, 79 auf das Jahr 1892 und die beträchtliche Zahl von 97 auf das erste Halbjahr 1893. 54 Operationen wurden in Frankreich, 49 in Italien, 35 in Deutschland, 30 in Oesterreich-Ungarn, 28 in Amerika, 10 in Russland, 3 in der Schweiz und je 2 in England und Holland ausgeführt. Auf 210 Operationen kommen 27 Todesfälle der Mütter oder 12.85%; für die Kinder berechnet sich die Mortalität auf 20.2%.

Ein ausführliches Literaturverzeichniss, welches 294 einzelne Nummern umfasst, bildet den Schluss der verdienstvollen Arbeit, deren Studium Jedem, der sich wissenschaftlich mit der Frage der Symphyseotomie beschäftigt, empfohlen sei.

In einem demnächst erscheinenden 2. Theile der Arbeit beabsichtigt N. die praktischen Ergebnisse der jetzt vorliegenden Statistik zu erörtern. Dabei sollen auch die anatomischen, physiologischen, experimentellen und klinischen Studien, die Gefahren und Complikationen der Symphyseotomie, die weiteren Resultate für die überlebende Mutter, endlich die Anzeigen und Gegenanzeigen, sowie die Stellung der Symphyseotomie zu den anderen geburtshülflichen Operationen besprochen werden.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

12. **Leitfaden der Hygiene.** *Für Studirende und Aerzte;* von Prof. Aug. Gärtner in Jena. Berlin 1893. S. Karger. Gr. 8. 321 S. mit 106 Abbild. (8 Mk.)

Ein gutes Buch, das — entstanden aus den Vorlesungen G.'s über Hygieine — klar und kurz den Arzt und den Studenten in allem Wissenswerthen auf dem Gebiete der Gesundheitslehre unterrichtet. Wie üblich, bespricht G. zuerst Luft, Wasser, Boden und Ernährung. Dem folgen die Capitel über Wohnungen und Städteanlagen, über Ventilation, Beleuchtung, Abtritts- und Leichenwesen. Hervorgehoben seien vor Allem die Abhandlungen über das Schulwesen, die Gewerbehygieine und die Infektionskrankheiten. 106 Abbildungen erläutern den Text.

Dass G. an den geeigneten Stellen auch die gesetztlichen Bestimmungen kurz mittheilt, erscheint uns besonders werthvoll, nicht blos weil in ihnen die nothwendigen und, was wichtig ist, die erreichbaren Forderungen, die ausführbaren Maassnahmen in knapper Form enthalten sind, sondern auch weil der Arzt die gesetzlichen Bestimmungen kennen muss, um im Bedarfsfalle danach seine Vorschläge und sein Handeln einzurichten.

Nowack (Dresden).

Berichte der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig.

Sitzung am 19. December 1893.

Vorsitzender: *B. Schmidt.* Schriftführer: *H. Schmidt.*

Herr Zweifel demonstrirte *zwei neue Gefrierdurchschnitte.*

Der erste stammt von einer Frau, die während der Austreibungsperiode an Eklampsie zu Grunde ging. Das Kind war abgestorben, der Kopf war im Durchschneiden begriffen und trat nach dem Tode der Mutter vollends zu Tage. In dieser Lage verblieb das Kind, weil eine Uterus-Ruptur eingetreten war. Die Leiche wurde bei noch bestehender Todtenstarre genau horizontal in einen Zinkkasten gelagert und blieb so 8 Tage lang in einer Kältemischung von Eis und Salz bei einer Temperatur von —10 bis 13°. Hierauf wurde zunächst ein Medianschnitt gemacht und wurden die beiden Hälften des Kindeskörpers herausgelöst. Sodann wurden Querschnitte angelegt 1) durch die Conjugata vera, 2) durch die parallele Beckenseite, 3) durch die Beckenenge. Die erhaltenen Schnittflächen wurden sowohl mittels Durchpausens, als auch durch die Photographie fixirt. Ausserdem wurden Gipsabgüsse genommen. Durch Zusammensetzen der Positiven gelang es so, ein genaues Bild des Geburtskanals zu gewinnen. Dieser zeigt eine annähernd kreisrunde Lichtung und kein Ueberwiegen des transversalen Durchmessers. Die Annahme, dass die Drehung des Kopfes durch eine Querstellung des Rumpfes in dem querovalen Geburtskanale zu Stande komme, ist deshalb nicht haltbar; man muss vielmehr im Becken eine Art Trall voraussetzen, durch die der Kopf des Kindes beim Vorrücken zu einer Viertelkreis-Drehung gezwungen wird, ähnlich wie die Kugel im gezogenen Gewehrlaufe. Höchst merkwürdig ist die gewundene Haltung des Kindes, dessen Kopf fast rechtwinkelig zur Rückenachse abgeknickt erscheint.

Der 2. Fall betrifft eine Frau, die durch Blutung bei Placenta praevia gestorben war. Obwohl rechtzeitig die Wendung und schliesslich noch eine Transfusion gemacht wurde, erfolgte doch der Tod an Collaps. An dem Längsschnitte sieht man den äusseren Muttermund noch nicht vollkommen eröffnet, der innere steht hinten etwas oberhalb des Promontorium, vorn reichlich handbreit über der Symphyse. Es beweist dies eine ganz auffallende Dehnbarkeit der Cervix, die von *Bandl* und *Schroeder* bezweifelt und bekanntlich dem „unteren Uterinsegmente" zuerkannt worden ist. —

Sodann sprach Herr Karg über *neuropathische Gelenkaffektionen.*

Verhandlung. Herr *Windscheid* fragte, in welchem *zeitlichen* Verhältnisse nach den Erfahrungen des Herrn Vortragenden die Gelenkerkrankungen und die Sensibilität-Störungen stehen.

Herr Karg kann hierauf keine bestimmte Antwort geben. Die Kranken suchen die Behandlung des Chirurgen wegen Panaritien oder Bewegungstörungen auf. Die Gefühlsdefekte werden dann erst bei der Untersuchung gefunden.

Sitzung am 30. Januar 1894.

Vorsitzender: *Birch-Hirschfeld.*
Schriftführer: *P. Wagner.*

Herr Curschmann sprach über: *„Topographisch-Klinisches, über Paratyphlitis und das retroperitonäale Zellgewebe".*

(Der Vortrag wird im Arch. f. klin. Med. veröffentlicht werden.)

Verhandlung. Herr *Tillmanns* hob hervor, dass in manchen Fällen von paratyphlitischer Eiterung eine Senkung nach dem Becken hin stattfindet und dass dann zur Entleerung des Eiters die Beckenschaufel von hinten her aufgemeisselt werden müsse.

Herr *B. Schmidt* berichtete über einen Fall von Perforation eines paratyphlitischen Abscesses in die Bronchen. Der Fall nahm einen günstigen Verlauf; nur trat später eine Narbencontraktur ein, wie man sie nach Ausheilung eines Psoasabscesses beobachtet.

Herr *Bahrdt* erinnerte an Fälle von Haemorrhagia retroperitonaealis oder Haemorrhagia paranephritica, die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Anfang der 70er Jahre an der *Wunderlich*'schen Klinik beobachtet wurden.

Herr *Sänger* machte darauf aufmerksam, dass sich die paratyphlitischen Abscesse auch nach dem Becken zu senken können. Fälle von, nach der Pleura perforirten paratyphlitischen Abscessen hat er schon vor 18 Jahren beschrieben. Das Vorkommen von linkseitiger Retrocolitis kann er ebenfalls bestätigen.

Herr Curschmann entgegnete kurz.

Sitzung am 13. Februar 1894.

Vorsitzender: *Birch-Hirschfeld.*
Schriftführer: *H. Schmidt.*

Herr H. Lenhartz sprach über: *Bothriocephalus-Anämie.*

Er skizzirte die bisherigen Veröffentlichungen über das Zusammentreffen von schweren anämischen Zuständen und Bothriocephalus und berührte besonders die Beobachtungen von *F. A. Hoffmann, Reyher, Runeberg* und *Schapiro.* Sowohl die progressive perniciöse Anämie im Sinne *Biermer's,* als weniger schwere anämische Zustände sind bei Anwesenheit dieser Parasiten beobachtet worden. Der Grund, weshalb diese bald ohne Beschwerden ertragen werden, bald zu tödtlichen Anämien führen, ist nicht aufgeklärt; sehr wahrscheinlich kommen ausser der mehr oder weniger erheblichen Säfteentziehung gewisse toxische, von den Parasiten ausgehende Einflüsse mit in Frage. Zur Beleuchtung der eigenthümlichen Störungen schilderte der Vortragende kurz einen von ihm hier beobachteten Fall, der eine 22jähr. Dame aus Petersburg betraf.

Bei dieser bestanden seit mehreren Jahren die Zeichen schwerer Anämie, die bis dahin ganz *erfolglos* mit den üblichen Mitteln behandelt worden war. Ausser ernster Anämie und deren Folgeerscheinungen (Herzerweiterung, systolischen Blasegeräuschen, Dyspnöe und grosser allgemeiner Schwäche) fand Vortragender den Hb-Gehalt auf 30%, die Zahl der rothen Blutzellen auf 2.6 Millionen im Cubikmillimeter herabgesetzt und zahlreiche Makrocyten im Blute. Nach der Abtreibung des 8.5 m langen Bothriocephalus, dessen Anwesenheit schon durch die charakteristischen Eier im Stuhl sichergestellt war, begann deutliche Besserung, die aber erst durch (das jetzt gut vertragene) Eisen in auffälliger Weise gefördert wurde. Zu der Darreichung dieses Mittels wurde der Vortragende besonders durch das Verhalten von Hb und Z geführt, deren Beziehungen für das gleichzeitige Bestehen von Chlorose sprechen. Im Gegensatz zur progressiven perniciösen Anämie war hier der Hb-Gehalt auffällig mehr herabgesetzt, wie die Zahl der Erythrocyten. Nach 6wöchiger Behandlung waren Hb und Z auf die normale Höhe gebracht und das subjektive und objektive Allgemeinbefinden entsprechend gebessert.

Dem Vortrage folgte die Demonstration der im Stuhl gefundenen Parasiteneier und der gefärbten Bluttrockenpräparate. —

Herr Kollmann sprach über *photographische Aufnahmen der Harnblase und Harnröhre beim lebenden Menschen und zeigte Photogramme am Projektionsapparat.*

„Schon in dem ersten Berichte über seine neue endoskopische Untersuchungsmethode mit eingeführtem Licht[1]) hat *Nitze* darauf aufmerksam gemacht, dass die dabei erzielte Helligkeit wahrscheinlich geeignet sei, auch photographische Aufnahmen des endoskopisch Geschenen zu ermöglichen. In seinem bekannten grossen Lehrbuch der Kystoskopie (Wiesbaden 1889. Bergmann) hat er dann bezüglich der *Harnblase* die Methode photographischer Aufnahmen theoretisch genauer entwickelt. Im Jahre 1889 begann ich meine ersten Studien über photographische Aufnahmen des *Harnröhreninneren* am lebenden Menschen. Mein Apparat wurde zuerst von dem Leipziger Mechaniker *Karl Krille* gebaut und später vom Mechaniker *C. G. Heynemann* in Leipzig mannigfach verändert. Er bestand aus einem Objektiv sammt Kassette, das mit dem seiner Zeit von *Nitze* angegebenen, für die Urethroskopie bestimmten Instrument vereinigt war. Die Kassette war rund und ermöglichte 15 Aufnahmen. Das Objektiv entwarf von dem aufzunehmenden Schleimhautstück auf der lichtempfindlichen Platte ein Bild in der natürlichen Grösse. Dadurch wurde selbstverständlich die Expositionzeit eine sehr lange; sie betrug auch bei fast vollständiger Weissgluth des Platindrahtes 2—3 Minuten. Um, durch den Patienten veranlasste, störende Bewegungen zu vermeiden, musste daher der photographische Apparat sammt Tubus während der Exposition in einem Halter fixirt werden. Aber auch so blieben immer noch Veränderungen des Schleimhautbildes übrig, die seine Klarheit wesentlich beeinträchtigten. Was ich damals erreicht habe, ist von mir in einer kleinen Veröffentlichung, der auch eine in Photogravüre hergestellte Tafel mit photographischen Aufnahmen beigegeben war, beschrieben[1]). Eine auf Aristopapier copirte grössere Sammlung von damaligen Aufnahmen hatte ich sammt dem photographischen Apparat auf dem Berliner internationalen medicinischen Congress im Sommer 1890 ausgestellt und in der chirurgischen und in der dermatologischen Sektion daselbst demonstrirt. Im Sommer 1892 begann ich nach längerer Pause meine Versuche von Neuem; aber damals änderte ich mein Princip und liess mir einen Apparat bauen, der das endoskopische Bild verkleinert zu reproduciren bestimmt war, und zwar in $^1/_3$ der natürlichen Grösse. Das Objektiv wurde von *Zeiss* in Jena hergestellt; den Apparat selbst baute der Leipziger Mechaniker *C. G. Heynemann.* Bei dem Entwurf des Apparates hatte ich mich wiederholt des fachmännischen Rathes des Herrn Dr. *Aarland,* Docent an der königl. Kunstgewerbeschule in Leipzig, zu erfreuen. Die ersten Aufnahmen mit diesem neuen Apparat wurden im November und December 1892 ausgeführt. Sie zeigten ein sehr erfreuliches Resultat. Vor Allem bedurfte es jetzt nur einer viel kürzeren Expositionzeit; 20—25 Sekunden genügten vollständig für ein klares Bild.

[1]) Wien. med. Wchnschr. Nr. 24. 1879.

[1]) Internat. Centr.-Bl. f. Physiol. u. Pathol. d. Harn- u. Sexualorgane II. p. 227—231 u. p. 391—394. 1890.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

In der Zwischenzeit war auch die Photographie der Blase von *Nitze* praktisch ausgeübt worden. Nach einigen Versuchen Anderer, die sich an die von *Nitze* schon im Jahre 1889 beschriebene Methode anlehnten, hatte *Nitze* die Angelegenheit selbst wieder in die Hand genommen. Am 1. März 1893 konnte er bereits in der medicinischen Gesellschaft in Berlin eine grosse Reihe von Blasenaufnahmen am Projektionsapparat vorführen, die er mit Hülfe des neuen, von ihm angegebenen und von dem Berliner Instrumentenmacher *P. Hartwig* gebauten Photographier-Kystoskops gewonnen hatte. Die Aufnahmen zeigten nicht nur die normale Blase, sondern auch alle möglichen pathologischen Veränderungen, wie Conkremente, Tumoren u. s. w. *Nitze's* Vortrag ist ausführlich veröffentlicht in Nr. 31 und 32 der Berliner klin. Wchnschr. vom Jahre 1893. Dank der Helligkeit des von ihm benutzten Lichtes und des optischen Systems genügten bereits 3—10 Sekunden Exposition, um gute Bilder zu erzielen. Ueber die Auswahl der Platten für die Photographie der Harnblase und Harnröhre und die Entwickelung von ihnen, sowie über die darauf folgende Vergrösserung der Bilder ist nicht viel Besonderes zu sagen; es gelten hier die gleichen Principien, wie sie auch sonst in der Photographie zur Anwendung gelangen. *Nitze* benutzt für seine Originalaufnahmen jetzt *Schippang*-Momentplatten und entwickelt diese mit Eisen; zu meinen Bildern wurden sehr empfindliche *Schleussner*-Bromsilbergelatineplatten genommen und diese mit Eikonogen entwickelt. *Nitze* stellt von seinen Originalnegativen gleich direkt die vergrösserten Diapositive auf Platten von *Ferdinand Schüler* und *Günther* in Berlin her, und zwar unter Benutzung einer Glühlampe vermittelst eines von *Schippang* gebauten Vergrösserungsapparates. Die von *Nitze* für seinen grossen kystoskopischen Atlas, sowie für stereoskopische Zwecke in dieser Weise gewonnenen Bilder haben zumeist einen Durchmesser von 3 cm; so weit lassen sich die ursprünglich nur 3 mm im Durchmesser messenden kleinen Negative vergrössern, ohne dass sich dabei das Korn in störender Weise bemerklich macht. Da ich von meinen kleinen Negativen auch Papiercopien besitzen wollte (ich hatte eine derartige Tafel auf der Naturforscherversammlung in Nürnberg im September 1893 ausgestellt und auf der chirurgischen und der dermatologischen Abtheilung demonstrirt), so wurden von meinen Negativen zunächst durch Contakt kleine Diapositive auf den wenig Korn enthaltenden Chlorbromsilberplatten von *Perutz* gewonnen und von diesen Diapositiven aus erst Vergrösserungen auf *Monckhoven*-Platten hergestellt. In dieser Weise wurde jedes Bild zunächst auf die natürliche Grösse des Objekts und dann noch ausserdem auf die doppelte Grösse des Objekts vergrössert. Zur Verwendung kam hierfür der grosse mikrophotographische Apparat von *Zeiss* unter Benutzung einer Projektionslampe für Petroleum mit drei Brennern von *Stoehrer* in Leipzig. Die Papierabzüge wurden auf *Kurz's* Celloidinpapier ausgeführt. Der zuletzt beschriebene technische Theil der Sache ruhte in den Händen von Herrn Dr. *Aarland*, dessen gütiger Mitarbeiterschaft schon weiter oben gedacht wurde.

Der Vortragende ging nun zur Demonstration am Projektionsapparat über; zunächst zeigte er 14 Bilder der gesunden und der kranken männlichen Harnröhre. An ihnen waren sowohl die normale radiäre Streifung, die normale radiäre Faltung, als auch Mündungen von Morgagni'schen Taschen zu sehen, sowie der verschieden geformte centrale Trichterabschluss. Dieser bildet bald ein rundes Grübchen, bald ist er ein länglicher Spalt. Als pathologischen Befund führte der Vortragende einige erkrankte und kraterförmig klaffende Drüsen vor und den Eingang in eine narbige Striktur. Die photographisch reproducirten Drüsen sollten ein Beispiel für jene sein, die endoskopisch nicht selten wahrgenommen werden und die, wenn Sekret in ihnen erkennbar ist, unter Umständen örtlich behandelt werden müssen. Der Vortragende hat unter Lichtbeleuchtung aus derartigen Drüsen schon mehrmals Sekret entfernt, in dem er Gonokokken nachweisen konnte. Ausser diesen Bildern zeigte der Vortragende auch noch mehrere Aufnahmen von Papillomen aus dem hintersten Abschnitte des Bulbus; er hat diese, weil sie höchst lästige Empfindungen verursachten, unter Lichtbeleuchtung mit der kalten Schlinge entfernt.

Nun wendete sich der Vortragende zur Demonstration der *Nitze*'schen Blasenbilder, die ihm von *Nitze* hierzu in zuvorkommendster Weise überlassen worden waren. *Nitze's* Bilder zerfallen in folgende Gruppen: *Das normale Orificium internum urethrae; normale Blutgefässe der Blasenwand; die zur Orientirung in die Blase mit injicirte Luftblase; normaler Harnleiterwulst und Ureterenmündung.* Letztere Bilder zeigten unter Anderem auch sehr schön, dass die Entfernung der Ureterenmündung von dem Orificium internum urethrae bei verschiedenen Personen durchaus nicht die gleiche ist. Eine zweite grössere Reihe der *Nitze*'schen Photogramme enthielt die *pathologischen* Befunde der Blase. Der Vortragende zeigte zunächst die Bilder von *Prostatahypertrophie,* unter diesen wieder mit den Veränderungen beginnend, die durch sie am Orificium internum urethrae bewirkt werden. Charakteristisch ist hier vor Allem eine umgekehrt thorförmige Bildung, in deren Scheitel ein kleines Schleimklümpchen festhaftet. Eine andere Art von Veränderungen, die durch Prostatahypertrophie bewirkt sind, zeigte sich in der sogenannten *Trabekelblase,* ferner in der *Grössenzunahme der Harnleiterwülste* und in den *klaffenden Mündungen der Ureteren.* Nun folgten die *Conkremente,* unter ihnen mehrere Phosphat- und Uratsteine.

Besonders plastisch wirkten die Bilder eines

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

grossen maulbeerförmigen Steines bei einem Prostatiker. Von den photographisch aufgenommenen *Tumoren* seien hier nur 2 Fälle besonders erwähnt. Der erste betrifft ein gutartiges Papillom bei einer Frau, das im Juni 1891 vermittelst der Sectio alta entfernt worden war. Die Patientin war etwa bis zum Mai 1892 unter stetiger kystoskopischer Controle geblieben; ein Recidiv hatte sich bis dahin nicht gezeigt. Es war zuerst im November 1892 bemerkt und photographisch fixirt worden, ein anderes im Januar 1893. Beim zweiten Bilde sah man sehr schön auch die von der Sectio alta herrührende Narbe der Blasenwandung. Ein anderer interessanter Fall betraf die relative Naturheilung einer Zottengeschwulst. Der Vortragende hatte im Sommer 1890 den Patienten bei *Nitze* selbst gesehen; zu jener Zeit war die Geschwulst überall von üppig wuchernden Zotten besetzt gewesen. Zur Zeit der photographischen Aufnahme im Wintersemester 1892—93 waren diese Zotten verschwunden und nur noch ein baumstumpfähnlicher Rest der Geschwulst vorhanden, der oberflächliche Narbenbildung darbot. In der Rubrik *Varia* befand sich die von *Nitze* mit seinem alten Operationskystoskop intravesikal entfernte Fadenschlinge, deren ursprünglich von der Vagina aus geknotete freie Enden durch eine sonderbare Achsendrehung der Schlinge in die Blase hineingelangt waren, mehrere Divertikel und endlich eine Haarnadel in der weiblichen Blase. Es ist dies in relativ kurzer Zeit bereits die dritte Haarnadel, die *Nitze* aus der weiblichen Blase unter kystoskopischer Controle per vias naturales entfernt hat, und zwar in ambulanter Behandlung.

Zum Schlusse erwähnte der Vortragende noch kurz die mannigfachen Verbesserungen, die *Nitze* in der letzten Zeit an seinen diagnostischen und Operationskystoskopen vorgenommen hat. Unter ersteren ist vor Allem ein Instrument zu nennen, mit dessen Hülfe man auch beim Manne die Ureteren zu katheterisiren vermag. Aber auch die neueren Operationskystoskope nehmen das lebhafteste Interesse in Anspruch. Sie ermöglichen mit Sicherheit nicht nur bei der Frau, sondern auch beim Manne die intravesikale Entfernung gutartiger Tumoren unter gleichzeitiger endoskopischer Controle. Ein anderes Instrument gestattet bequem und schonend die Controle des Blaseninnern nach der Lithotripsie. Da diese Instrumente aber von dem Erfinder selbst bisher noch nicht beschrieben worden sind, so hielt sich der Vortragende nicht für befugt, auf sie näher einzugehen."

Sitzung am 27. Februar 1894.

Vorsitzender: *Birch-Hirschfeld.*
Schriftführer: *H. Schmidt.*

Vor dem Eintritt in die Tagesordnung stellte der Vorsitzende den Antrag, den scheidenden Professor Heubner zum Ehrenmitgliede der medicinischen Gesellschaft zu ernennen. Der Antrag wurde einstimmig angenommen.

Sodann hielt Herr Heubner seinen Vortrag über: *Die Anwendung des Heilserum bei der Diphtherie.*

„Während der Zeit von Mitte November 1892 bis Juni 1893 war der Vortragende durch die Liebenswürdigkeit von Prof. *Behring* in Berlin in den Stand gesetzt, in 79 Fällen von Diphtherie das *Diphtherie-Heilserum* anzuwenden. Eine statistische Vergleichung dieser Heilserumperiode mit zwei ungefähr gleich viele Fälle umfassenden Perioden, je einer vorher und einer nachher, ergiebt Folgendes:

Periode	I (vorher)	113 Fälle,	gest. 73	= Mort.	64.6%
„	II (Heilserum)	129 „	„ 55	= „	42.6
„	III (nachher)	118 „	„ 54	= „	45.7

Vergleicht man nur die 96 Fälle der Periode II, die in den Zeiten, wo *Serum zur Verfügung stand,* in Behandlung kamen (unter Hinweglassung also der 33 Fälle der Periode II, die wir nicht specifisch behandeln konnten, auch wenn wir gewollt hätten), mit gleichvielen unmittelbar vor und nach Periode II vorgekommenen Fällen, so ergiebt sich:

Periode	I	96 Fälle,	gest. 60	= Mort.	62.5%
„	II	96 „	„ 37	= „	38.5
„	III	96 „	„ 47	= „	49.0

Fragt man weiter, ob das Heilserum auf die Mortalität der *Operirten* (Tracheotomie oder Intubation) einen Einfluss gehabt hat, so ergiebt sich Folgendes:

Periode	I	113, operirt	57 (50.4%),	Mort.	= 87.7%
„	II	129 „	52 (40.3%),	„	= 69.2
„	III	118 „	66 (55.9%),	„	= 63.7

Oder die 96 Fälle jeder Periode verglichen:

Periode	I	Mort.	= 88%
„	II	„	= 68.1
„	III	„	= 63.3

Würde man nur Periode I und II zum Vergleich haben, so würde man sich leicht zu dem Trugschlusse verleiten lassen können, das Heilserum habe allein den ganz gewaltigen Abfall in der Periode II bewirkt. Dass dieses wenigstens nicht ohne Weiteres geschlossen werden kann, das geht aus dem Verhalten der Periode III hervor, die sich noch besser gestaltet als Periode II, obwohl wir hier kein Heilserum mehr hatten. Dieses bedeutend günstigere Resultat kann offenbar, z. B. Periode I gegenüber, in der Hauptsache nur auf den milderen Charakter bezogen werden, den die Krankheit aus unbekannten Ursachen angenommen hat. Wie viel in Periode II von der günstigeren Gestaltung der Sache auf den Krankheitscharakter, wie viel auf dieses Heilmittel zu rechnen ist, bleibt eine offene Frage. Es ist nun von grossem Interesse, zur weiteren Klärung dieser Frage die Resultate einer anderen Klinik zu vergleichen, die mit derselben Kategorie von Kranken unter ähnlichen hygieinischen Bedingungen arbeitet wie wir. Herr *Thiersch* hat dem Vortragenden freundlichst seine

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

in jenen 3 Perioden erhaltene Mortalität der Operirten mitgetheilt.

Es sind die folgenden:

Periode	I	operirte Kr.	128,	gest.	91,	Mort.	= 71.09%
„	II	„ „	69	„	45	„	= 65.22
„	III	„ „	53	„	34	„	= 64.15

Aus diesen Zahlen geht zur Evidenz hervor, dass der Gang der Krankheit nach der Operation an beiden Beobachtungstätten der nämliche war: auch in der Klinik von *Thiersch* ist der Abfall der Mortalität von Periode I auf Periode II ein steiler und von Periode II auf III ein geringerer, aber sich noch fortsetzender.

Es ergiebt sich, dass der Hauptantheil der Besserung der Mortalität der Operirten auch in unserem Krankenhause zweifellos auf die Aenderung des Gesammtcharakters der Krankheit zu beziehen ist. Beide Statistiken würden also lehren, dass in Periode I eine sehr bösartige, in Periode II eine mildere, in Periode III eine noch gutartigere Form der Diphtherie in Leipzig herrschte.

Sehen wir uns nun darauf hin nochmals die beiden ersten Tabellen an, so zeigt sich in ihnen doch ein ganz unverkennbar anderes Verhalten. Denn hier ist *nicht* die Periode III, sondern Periode II die günstigste. Dieses auffallende Verhältniss kann, wenn man nicht die Zahlen noch als zu klein betrachten will, um einen Zufall auszuschliessen, nur auf das Mittel bezogen werden, das wir in dieser 2. Periode anwandten. Auch wenn man die Heilserumfälle und die nicht behandelten Fälle *aus der Periode II* mit einander vergleicht (natürlich nur die *schweren* Fälle), so ergiebt sich ein erheblicher Gewinn zu Gunsten des Heilserum.

In Periode II wurden behandelt:

Mit Heilserum 56 schwere, 19 mittelschwere, 4 leichte Kranke = 79,
ohne Heilserum 24 schwere, 9 mittelschwere, 17 leichte Kranke = 50.
Von den 56 schwer Kranken mit Heilserum starben 35 = 62.5%,
von den 24 schwer Kranken ohne Heilserum starben 19 = 79%.

Auch die Wirksamkeit der einzelnen Serumarten schien eine *verschiedene* zu sein, was wieder dafür sprechen würde, dass das Mittel nicht indifferent gewesen sei. Wir bekamen bis Ende Januar *minderwerthiges* Heilserum, von da an *mehrwerthiges*.

Mit minderwerthigem Serum wurden behandelt 40, starben 21 = 52.5% Mortalität,
mit vollwerthigem Serum wurden behandelt 39, starben 14 = 35.9% Mortalität.

Eine Schädigung brachte (bis auf eine häufig auftretende, aber völlig abheilende Urticaria) die Serumbehandlung in keinem einzigen Falle hervor."

In der *Verhandlung* bemerkte Herr *Curschmann*, dass die vom Vortragenden nach der Einspritzung von Heilserum häufig beobachtete Urticaria wohl als toxische aufzufassen sei. Sie erinnert an die Urticaria, die nach Echinococcus-Operationen nicht selten auftritt. Die erwähnte Diphtherie-Epidemie erwies sich auch im hiesigen Stadtkrankenhause als sehr bösartig. Nach Abziehung der zur Operation auf die chirurgische Abtheilung verlegten Kranken kamen auf der inneren Station zur Beobachtung während der

I. Periode: 34 Fälle mit 20% Mortalität
II. „ 15 „ „ 20 „
III. „ 20 „ „ 10 „

Die Epidemie zeigte also eine Abnahme der Bösartigkeit, die von der Behandlung unabhängig war.

Herr *Taube* fragte, ob neben dem Heilserum noch andere therapeutische Maassnahmen stattgefunden hätten. Im Krankheitsbilde der Diphtherie spiele die Sekundär-Infektion mit Streptokokken eine sehr wichtige Rolle. Gegen diese ist das Serum ohnmächtig, weshalb *Behring* eine gleichzeitige energische Lokalbehandlung fordert.

Herr *Birch-Hirschfeld* wies darauf hin, dass zwischen der künstlich erzeugten Diphtherie der Meerschweine und der Diphtherie des Menschen zu grosse Unterschiede bestehen, als dass man beide ohne Weiteres mit einander vergleichen könnte. Die den Thieren subcutan beigebrachten Diphtherie-Bacillen bewirken allerdings gewisse toxische Parenchym-Veränderungen ähnlich den bei der menschlichen Diphtherie. Der tödtliche Ausgang erfolgt aber beim Menschen durchaus nicht nur in Folge der aufgenommenen Toxine, sondern ist häufig durch andere Umstände bedingt. Allein 50% der Tracheotomirten erliegen der Broncho-Pneumonie. Gegen diese vermag natürlich das Heilserum keinen Schutz zu gewähren. Der Herr Vortragende hätte deshalb alle Fälle mit Pneumonie aus seiner Berechnung weglassen müssen. Auch dem Alter der Kranken hätte er Berücksichtigung schenken müssen, da die Bronchialstenose natürlich um so gefahrvoller sein muss, je jünger das Kind ist.

Herr Heubner will die Einwände des Herrn *Curschmann* nicht gelten lassen, da dessen Zahlen zu klein sind, um etwas beweisen zu können. Gegen Herrn *Taube* bemerkt er, dass die Bedeutung der Streptokokken bei der Diphtherie noch nicht genügend bekannt, aber keinesfalls so gross sei, als man gemeinhin glaube. Jedenfalls seien in den „septischen" Diphtheriefällen durchaus nicht immer Streptokokken vorhanden. Von 25 Fällen, in denen es zur Sektion kam, waren 11 septisch, aber nur 4 zeigten Streptokokken in den inneren Organen. Die von Herrn *Birch-Hirschfeld* vorgeschlagene Theilung seines Materials habe er deshalb nicht vorgenommen, weil er dann zu kleine Zahlen erhalten würde.

Ausserdem dürfe man gewiss nicht in jedem Falle, in dem die Sektion pneumonische Herde nachweise, annehmen, dass der tödtliche Ausgang durch die Pneumonie allein bedingt gewesen sei. Die Veränderungen am Herzen seien auch hier häufig ausschlaggebend. Das Alter der behandelten Kinder habe meist zwischen 3—6 Jahren gelegen; Säuglinge und grössere Kinder waren entschieden in der Minderheit.

Herr *Curschmann* hält sein Material für ausreichend, um dem des Herrn Vortragenden gegenüber gestellt zu werden und Herr *Birch-Hirschfeld* erklärt bezüglich der Bronchopneumonie, trotz der abweichenden Meinung des Herrn Heubner auf seinem Standpunkte stehen bleiben zu müssen.

Sitzung am 13. März 1894.

Vorsitzender: *H. Schmidt*. Schriftführer: *P. Wagner*.

Paul Wagner sprach über: *Traumatische Hydronephrose.*

„Unter den *verschiedenen Ursachen der erworbenen Hydronephrose* nehmen die *traumatischen Verletzungen der Niere* entschieden einen der letzten Plätze ein. Es sind bisher nur wenige Fälle von wirklicher traumatischer Hydronephrose mitgetheilt worden. Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn *Dörffel* konnte ich den folgenden Fall von traumatischer Hydronephrose mit beobachten.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Der 10jähr., früher stets gesunde Knabe zog sich *durch einen Sturz* am 2. December 1893 eine *schwere Contusion der rechten Niere* zu: 5 Tage lang anhaltende, starke *Hämaturie, Schmerzen* und *Resistenz in der rechten Nierengegend.* Ausserdem stellten sich in den ersten Tagen nach dem Trauma *schwere Erscheinungen von Darmocclusion* ein, die auf hohe Darmeingiessungen hin allmählich wieder zurückgingen. 3 Wochen nach dem Anfalle befand sich Patient wieder ganz wohl. In der rechten Nierengegend zeigte sich nur noch eine leichte Resistenz. Gegen die ärztliche Verordnung stand Patient auf und lief umher. Mehrere Tage später klagte er über *stärkeren Druck in der rechten Bauchseite und es entwickelte sich daselbst ziemlich rasch eine grosse, fluktuirende Anschwellung, die nach dem Ergebnisse der physikalischen Untersuchung und der Probepunktion als Hydronephrose gedeutet werden musste.* Am 6. Januar 1894 hatte sich die Geschwulst bis über Kindskopfgrösse entwickelt; Patient war vollkommen fieberfrei und klagte nur über starkes Druckgefühl. Harn normal, seine Menge entschieden vermindert. Es wurde deshalb noch an demselben Tage *von einem Simon'schen Lumbalschnitte aus die Eröffnung des Nierenbeckens vorgenommen.* Es entleerten sich circa 1½ Liter einer klaren, gelblich gefärbten, leicht schäumenden Flüssigkeit. Bei der Abtastung der Innenfläche der Cyste konnte man deutlich die *abgeflachten Nierenpapillen* fühlen. Die Höhle wurde mit mehreren nach aussen geleiteten Streifen von Jodoformgaze locker austamponirt, die äussere Wunde offen gelassen und mit Jodoformgaze und Watte bedeckt.

Die *Untersuchung der entleerten Flüssigkeit* ergab geringen Eiweissgehalt; deutliche Murexidprobe; in dem geringen Sedimente fand man vereinzelte weisse und rothe Blutkörperchen, fettigen und schleimigen Detritus, sowie eine Anzahl polyedrischer Zellen.

Der *Knabe erholte sich* von dem Eingriffe *sehr rasch;* Fieber trat niemals auf. *Die abdominale Geschwulst war mit der Entleerung der Flüssigkeit sofort vollkommen geschwunden.* In den nächsten beiden Wochen sonderte die Lumbalwunde reichliche Mengen deutlich urinös riechenden Sekretes ab. Die Menge des qualitativ normalen Blasenurins war sehr gering. Am 14. Tage nach dem operativen Eingriffe versiechte die Sekretion aus der Wunde ziemlich plötzlich vollkommen; der Blasenurin vermehrte sich auffallend und erreichte in einigen Tagen die normale Menge. Dabei war der Blasenurin einige Tage lang trüb und zeigte chemisch und mikroskopisch die gleichen Eigenschaften, wie die mittels Incision entleerte Hydronephrosenflüssigkeit. Dass die *Durchgängigkeit des Ureters wieder hergestellt* war, wurde auch noch dadurch bewiesen, dass nach Einspritzung einer Pyoktaninlösung in die Lumbalfistel der mehrere Minuten später gelassene Harn schön blau gefärbt war.

Ohne weitere Complikationen trat nun rasch eine *vollkommene Genesung* ein. Die Lumbalwunde war 60 Tage nach dem operativen Eingriffe vollkommen geschlossen. Von einer Geschwulst ist keine Spur mehr nachzuweisen; der Harn ist quantitativ und qualitativ normal.

Es kann in unserem Falle keinem Zweifel unterliegen, *dass es sich um ein schweres Nierentrauma gehandelt hat, an das sich eine ausgedehnte Hydronephrosenbildung anschloss.*

Vollkommen einwandfreie Fälle von traumatischer Hydronephrose habe ich in der Literatur nur 7 auffinden können; einen weiteren, sehr bemerkenswerthen Fall verdanke ich einer brieflichen Mittheilung *Schede's* in Hamburg.

Der französische Chirurg *Monod* hat in einer vor 2 Jahren veröffentlichten Arbeit den Nachweis zu erbringen gesucht, *dass fast alle der unter der Diagnose: „traumatische Hydronephrose" veröffentlichten Beobachtungen keine wahren Hydronephrosen, sondern sogenannte Pseudo-Hydronephrosen,* d. h. Ansammlungen von urinöser Flüssigkeit im retroperitonäalen Gewebe, darstellen, die ihre Entstehung einer Verletzung des Nierenbeckens oder des Ureters verdanken. Für eine Reihe von Fällen besteht diese *Monod'*sche Behauptung entschieden zu Recht, in anderen Fällen ist es zweifelhaft, ob es sich um echte oder um eine falsche traumatische Hydronephrose gehandelt hat. In einer letzten, allerdings sehr kleinen Anzahl von Fällen endlich muss der *Monod'*schen Auffassung entschieden widersprochen werden: *es sind die Fälle, in denen die im Anschlusse an ein Nierentrauma sich entwickelnde cystische Nierengeschwulst durch die Autopsie oder durch einen grösseren operativen Eingriff — Nephrotomie oder Nephrektomie — mit Sicherheit als echte Hydronephrose erkannt wurde.*

Aetiologisch ist bemerkenswerth, dass die Bildung einer Hydronephrose bisher nur nach subcutanen Nierenverletzungen, und zwar meist schwerer Art, beobachtet wurde.

Das Nierentrauma kann auf verschiedenem Wege zur Hydronephrose führen:

1) Durch Verletzungen des Nierenbeckens und des Ureters. Diese sind sehr selten und neigen auch vielmehr zu Fistelbildung und Pseudo-Hydronephrose, als zu Vernarbung und echter Hydronephrose.

2) Durch ein sehr ausgedehntes perirenales und periureterales Blutextravasat, das theils durch direkten Druck, theils durch Narbenschrumpfung u. s. w. nach seiner Organisation das Ureterenlumen mehr oder weniger verlegt. Auf diese Weise ist in meiner und in *Schede's* Beobachtung die Entstehung der Hydronephrose zu erklären.

3) Durch Verstopfung des Ureters durch Blutgerinnsel. Es ist bisher noch unerwiesen, ob eine solche Verstopfung so lange Zeit bestehen kann, um zur Hydronephrose zu führen.

4) Dadurch, dass ein akutes Trauma zur Wanderniere führt und diese dann durch Abknickung des Ureters eine Hydronephrose erzeugt: sekundäre traumatische Hydronephrose.

Pathologisch-anatomische Befunde liegen nur ganz vereinzelt vor.

Die *Symptome* der traumatischen Hydronephrose gleichen ganz denen der Hydronephrosen aus anderen Ursachen. Je nachdem der Ureterenverschluss vollständig oder unvollständig, dauernd oder vorübergehend ist, bilden sich *geschlossene* oder *offene Hydronephrosen.*

Differentialdiagnostisch sollen hier nur die folgenden Affektionen erwähnt werden, die sich ebenfalls im Anschlusse an ein Nierentrauma ausbilden und in ihren Symptomen mehr oder weniger der traumatischen Hydronephrose gleichen können: das *perirenale Hämatom* und die *Hämatonephrose; peri-* und *paranephritische Eiterungen* und *Pyo-*

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

nephrose, sowie endlich die *Pseudo-Hydronephrose*. Namentlich die *Unterscheidung zwischen wahrer und falscher traumatischer Hydronephrose* kann sehr schwierig und durch die klinische Untersuchung allein unmöglich sein. Etwas Anhalt giebt in manchen Fällen die Zeit der Entwicklung: die Pseudo-Hydronephrose entwickelt sich meist im direkten Anschlusse an die Verletzung, während die echte Hydronephrose meist erst mehrere Wochen bis Monate nach dem Trauma in Erscheinung tritt.

Prognostisch ist die traumatische Hydronephrose insofern günstig zu beurtheilen, als sie fast stets nur einseitig auftritt und als die Hindernisse für den Urinabfluss in den meisten Fällen keine vollständigen und bleibenden sind.

Therapeutisch wird man deshalb auch zunächst erst *abwarten* dürfen und nur dann *operativ eingreifen*, wenn die Geschwulst andauernd wächst und starke Beschwerden verursacht.

Von *operativen Eingriffen* kommen die *Punktion*, die *Nephrotomie* und die *Nephrektomie* in Frage.

Am besten fährt man jedenfalls mit der *Nephrotomie*, die eben so wenig gefährlich und in ihrem Endergebnisse bedeutend sicherer als die *Punktion* ist. Die *primäre Nephrektomie* kommt bei der traumatischen Hydronephrose nicht in Frage; in seltenen Fällen kann als *sekundärer Eingriff* die Nephrektomie gestattet sein." —

Herr Paul Friedrich sprach über: *Varicen des Oesophagus.*

„Die Venen des Oesophagus gehören dem System der oberen Hohlvene und dem der Pfortader an. Da zwischen den Venen des Oesophagus zahlreiche Anastomosen bestehen, so ergiebt sich eine direkte Verbindung des Pfortaderbluts mit dem allgemeinen Venensystem. Der Weg würde dann der sein: von der V. portae fliesst das Blut in die V. coronaria ventriculi sin., in die Venae oesophageae und von hier unter Benutzung der zahlreichen Anastomosen zu den Venen der V. cava superior. Varicen des Oesophagus sind eine schon lange bekannte Anomalie der Venen, die bei Stauungen im Pfortaderkreislaufe, sei es durch Erkrankung der Leber, sei es durch ein Hinderniss in der Pfortader selbst, zur Beobachtung kamen.

Ich beobachtete ein 6jähriges Mädchen, welches seit $2^1/_2$ Jahren zu kränkeln begann. Es stellten sich öfters Kopf-, zuweilen Leibschmerzen ein und das Kind, bisher kräftig und gesund, wurde schwächlich und blass. Im Frühjahre 1892 trat wiederholtes Blutbrechen auf, das sich nach Behandlung mit Opium und Eis nicht wiederholte. Im Sommer 1893 kam das Kind wegen unbestimmter Klagen über Bauchbeschwerden in ärztliche Behandlung. Näheres fehlt darüber, bis am 14. October 1893 das Kind in äusserst anämischem Zustande in die Poliklinik gebracht wurde mit der Angabe, dass es am Abend zuvor heftiges Blutbrechen gehabt habe. Die Untersuchung war negativ, denn weder an den Brust-, noch an den Bauchorganen liess sich etwas Abnormes nachweisen. Am 19. October wiederholte sich das starke Blutbrechen noch heftiger. Nun erholte sich das Kind wieder allmählich unter strengster diätetischer Behandlung, die in Milch und Kindermehlen, sowie absoluter Ruhe bis Anfang December bestand. Da kehrte am 26. December die Blutung wieder, ebenso am folgenden Tage und am 9. Januar starb das Kind unter den Symptomen der Verblutung, nachdem am 4. Januar noch eine intravenöse Kochsalzinfusion gemacht worden war.

Die *Sektion* ergab starke Anämie und fettige Degeneration der inneren Organe. Der Leib enthielt milchig getrübte geringe Ascitesflüssigkeit (circa 400 ccm). Die Pfortader, Ductus thoracicus und V. azygos waren normal, die Leber fettig degenerirt. Die Speiseröhre zeigte starke Varicen, deren Verlauf folgender war: Die Venen verliefen hauptsächlich in 2 Strängen, von denen der stärkere rechte aus schwarzblau gefärbten, vielfach gewundenen und knollig verdickten, etwa bleistiftdicken Venen bestand. Seinen Ursprung nahm der rechte Hauptstrang aus 2 Stämmen, die 2 cm unterhalb der Kardia durch die Muskulatur des Magens unter die Mucosa hervortretend, sich gabelig vereinigten und nun gemeinsam im Oesophagus senkrecht in die Höhe stiegen, indem sie einen dicken seitlichen Ast abgaben, der ebenfalls senkrecht aufwärts stieg, sich aber theilweise nur durch eine mehr diffuse blauschwarze Färbung der Schleimhaut kenntlich machte. Zwischen beiden Hauptästen bestanden zahlreiche Anastomosen, die besonders zahlreich nach oben zu wurden und dort der Schleimhaut eine diffuse hellrothe Färbung gaben. In der Höhe des Ringknorpels hörte die Injektion auf und machte der normalen Schleimhautfärbung Platz.

Das Krankheitsbild hatte also die Symptome von Blutungen aus einem Magengeschwür dargeboten; die Diagnose war jedoch zweifelhaft erschienen wegen des jugendlichen Alters der Patientin, in dem tödtliche Blutungen aus einem Ulcus ventriculi nicht vorkommen sollen. Auffallend waren die geringen subjektiven Beschwerden, das Fehlen von Schmerzen und der stets rege Appetit. Die Sektion ergab Varicen des Oesophagus, die durch intermittirende Blutungen zum Tode geführt hatten. Offenbar hatte bei der letzten Blutung am 26. und 27. December eine Arrosion einer Vene stattgefunden, die zu jener profusen Blutung führte. Bei der Sektion war eine solche Stelle freilich nicht nachweisbar, doch dürfte dies, da der Tod erst 2 Wochen nach der letzten Blutung erfolgte, belanglos sein. Endlich war die Erkrankung mit Chorea verbunden, die 8 Tage nach der Blutung, am 19. October auftrat und nach 3wöchigem Bestehen wieder verschwand. Diese ist als eine durch akute Anämie bedingte Chorea aufzufassen.

Der beobachtete Fall ist nach 2 Seiten hin höchst interessant, da er die Varicen des Oesophagus ohne jedes nachweisbare Cirkulationshinderniss im Pfortaderkreislaufe, insbesondere in der Leber (denn die durch die Anämie bedingte, erst sekundäre fettige Degeneration kann nicht als solches gelten) darbot und weil er ein 6jähriges Mädchen betraf, ein Alter also, in dem bisher diese Anomalien der Oesophagusvenen nicht beobachtet worden sind. Die Entscheidung, ob man hier als ätiologisches Moment eine angeborene Anomalie der Venen des Oesophagus oder eine geringe Widerstandsfähigkeit der Venenwandungen, die unter irgend welchen erschwerten Cirkulationshindernissen allmählich jene Ektasien veranlasste, annehmen muss, ist bei der Seltenheit der Beobachtung der Oesophagusvaricen ohne nachweisbare Ursache noch nicht zu treffen."

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

66. *Patrik, Hugh P.* Ueber aufsteigende Degeneration nach totaler Quetschung des Rückenmarks. S. 26.
67. *Dubrueil.* Fall von Luxation des 7. Halswirbels. S. 26.
68. *Thorburn.* Ueber gewisse Symptome bei Verletzung der Halswirbelsäule. S. 26.
69. *de la Tourette, Gilles,* u. *Hudelo.* 2 Fälle von Paraplegia syphilitica. S. 26.
70. a) *Charcot.* Ueber Gelenkerkrankungen bei Syringomyelie. — b) *Lloyd.* Fall von Syringomyelie. — c) *C. Eisenlohr.* Ueber einen Fall von Morvan'scher Krankheit. S. 27. [S. 27.
71. *Dauber.* Zur Lehre von der Poliomyelitis anterior acuta.
72. *Martin, Sidney.* Ueber Neuritis multiplex. S. 27.
73. *Makenzie.* Ueber Herpes zoster an den Gliedern. S. 27.
74. *Gianelli, A.* Ueber Fälle von Tetanie. S. 28.
75. *Feinberg.* Zur Casuistik des Paramyoclonus multiplex. S. 29. [S. 29.
76. *Mott, Fred.* Ueber einen Fall von Diplegia Facialis.
77. *Walther, H.* Ueber einen Fall von eigenthümlichem Schwund eines Theiles der Muskulatur des Gesichtes. S. 29.
78. *Josserand* u. *Nicolas.* Ueber Schwellung des Gesichtes bei Facialislähmung. S. 29.
79. *Weir-Mitchell.* Ueber Erythromelalgie. S. 29.
80. *Eulenburg, A.* Ueber Erythromelalgie. S. 30.
81. *Lewin, G.,* u. *Theod. Benda.* Ueber Erythromelalgie. S. 30.
82. *Friedmann, M.* Zur Akroparästhesie. S. 30.
83. *Collins.* Ueber die Neurosis paraesthetica. S. 31.
84. *Dehio, Karl.* Ueber symmetrische Gangrän der Extremitäten (Raynaud'sche Krankheit). S. 31.
85. *Morselli, E.* Ueber Behandlung der Nervenkrankheiten mit Vibration. S. 32.
86. a) *Friedrich, L.* Die Hypnose als Heilmittel. — b) *v. Schrenck-Notzing.* Der Hypnotismus im Münchener Krankenhause l. d. I. — c) *A. Forel.* Zur Hypnose als Heilmittel. S. 32.
87. *Friedmann, M.* Ueber die primordiale menstruelle Psychose. S. 32.
88. *Hougberg, Emil.* Beiträge zur Kenntniss der Aetiologie der progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis. S. 33.
89. *Séglas, J.* Ueber Autointoxitation bei Geisteskrankheiten. S. 33. [S. 33.
90. *Régis.* Fall von Irrsinn nach Ovariosalpingektomie.
91. *Treitel, Leopold.* Ueber das Schreiben mit der linken Hand und Schreibstörungen. S. 33.
92. *Morselli, E.* Ueber die Formen der Idiotie. S. 34.

VI. *Innere Medicin.*

93. *Philip, Paul.* Zur Aetiologie und Statistik der Diphtherie. S. 34.
94. *Williams, Francis H.* Ueber Diphtherie und verwandte Erkrankungen. S. 34.
95. *Seibert, A.* Submembranöse Behandlung der sichtbaren Rachendiphtherie. S. 35.
96. *Baginsky, A.* Die klinischen Erscheinungen der diphtheritischen Nierenerkrankung. S. 35.
97. *Baginsky, A.,* u. *Stamm.* Zur Pathologie und Therapie der Scharlachnephritis. S. 35.
98. *Aufrecht.* Die septische Scharlachnephritis. S. 36.
99. *Felsenthal, S.* Beiträge zur Aetiologie und Therapie des Erysipels und des Erysipeloids. S. 36.
100. *Frickhinger, Gottfried.* Ueber Erysipel und Erysipel-Recidive. S. 36.
101. *Köster, H.* Zur Behandlung des Erysipels. S. 37.
102. *Wassermann, A.* Ueber differentielle Diagnostik von entzündlichen Lungenaffektionen. S. 37.
103. Zur Lehre von der croupösen Pneumonie. S. 37.
104. *Roth, W.* Die habituellen Nasenblutungen. S. 43.
105. *Oker-Blom.* Ueber Meningocele dorsi nasi. S. 43.
106. *Lichtwitz, L.* Ueber das auf natürlichem Wege diagnosticirte und behandelte „latente" Empyem des Sinus frontalis. S. 43.
107. *Guément.* Ueber den Einfluss adenoider Vegetationen auf die Grösse der Mandeln. S. 43.
108. *Lemcke, Chr.* Ueber chron. Blennorrhöe der oberen Luftwege, sogen. Stoerck'sche Blennorrhöe, und ihre Beziehungen zum Scleroma respiratorium. S. 43.
109. *Künne, A.* Ueber Lipome der oberen Luftwege. S. 44.
110. *Finger.* Beitrag zur Aetiologie und pathologischen Anatomie des Erythema multiforme und der Purpura. S. 44. [S. 44.
111. *Mendel.* Ueber Erythema multiforme im Munde.
112. *Paltauf.* Ueber lymphatische Neubildungen der Haut. S. 45.
113. *Riehl.* Leucaemia cutis. S. 45.
114. *Wolters.* Ueber multiple Myome der Haut. S. 46.
115. *Veiel.* Zur Therapie des Lupus vulgaris. S. 46.
116. 1) *Bidwell.* Ueber chirurgische Lupusbehandlung. — 2) *Fox, Colcott.* Ueber Auschneidung des Lupus. S. 46.
117. *Lanz.* Ein Beitrag zur Frage der Incubationsdauer beim Tripper. S. 46. [S. 47.
118. *Vidal.* Ueber einen Fall von Hautausschlag bei Tripper.
119. *Casper.* Ueber die Wirkung des Alumnol auf die Gonorrhöe und einige andere Erkrankungen des Tractus urogenitalis. S. 47.
120. *Samter.* Ist das Alumnol ein Specificum gegen Gonorrhöe? S. 47.
121. *Brousse* u. *Bothezat.* Ueber Bubonenbehandlung nach Welander. S. 47.
122. *Lorand.* Dr. Welander's Wärmebehandlung des weichen Schankers. S. 47. [S. 48.
123. *de Coquet.* Fall von multiplem weichem Schanker.
124. *Elsenberg.* Giebt es eine idiopathische Nebenhoden- und Hodenentzündung? S. 48.

VII. *Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.*

125. *v. Knorre, G.* Ueber Vaginofixatio uteri. S. 48.
126. *Frommel, R.* Zur operativen Behandlung der Retrodeviation des Uterus von der Bauchhöhle aus. S. 48.
127. *Tipjakoff.* Zur Frage der Therapie der Gebärmutterretroflexionen. S. 48. [S. 49.
128. *Büttner.* Ein Fall von Myom der weiblichen Urethra.
129. *Treymann, M.* Ueber submucöse Myome. S. 49.
130. *Finotti, Em.* Bericht über achtzig weitere wegen Tumoren am weiblichen Genitale ausgeführte Laparotomien. S. 49.
131. *Doran, Alban.* Fälle von tuberkulöser Erkrankung der Uterusanhänge. S. 49.
132. *de Seigneux, R.* Ueber die operative Behandlung der perforirten Pyosalpinx. S. 49.
133. *Orthmann, E. G.* Zur Casuistik der überzähligen Harnleiter. S. 50.
134. *Heil, Karl.* Der Fimbrienstrom und die Ueberwanderung des Eies vom Ovarium zur Tube. S. 50.
135. *v. Weiss, Otto.* Ueber Placenta membranacea und ihre Beziehungen zur Placenta praevia. S. 50.
136. *Kaltenbach.* Complikation von Uterusruptur und Cervikalriss. S. 50. [ektopie. S. 51.
137. *Klein, Th.* Eine Geburt bei Spaltbecken mit Blasen-
138. *Walther, Heinrich.* Dystokie in Folge übermässiger Ausdehnung der fötalen Harnblase. S. 51.
139. *Nagel, W.* Weitere Beiträge zur Lehre von der Wendung auf einen Fuss. S. 51.
140. Ueber Symphyseotomie. (Zusammenstellung.) S. 51.
141. *Sperling, Max.* Zur Casuistik der Embolie der Lungenarterie während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, nebst einigen epikritischen Bemerkungen. S. 54. [bette. S. 54.
142. *Fiessinger, Ch.* Fall von Scharlach im Wochen-
143. *Ahlfeld, F.* Beiträge zur Lehre vom Resorptionsfieber in der Geburt und im Wochenbett und von der Selbstinfektion. S. 54.
144. *Ingerslev, E.* Die Sterblichkeit an Wochenbettfieber in Dänemark und die Bedeutung der Antiseptik für dieselbe. S. 55.
145. *Schmidt, A.* Beobachtungen über Ikterus der Neugeborenen. S. 55. [natorum. S. 56.
146. *Quisling, N. A.* Klinische Studien über Ikterus neo-
147. *Baginsky, A.,* u. *Dronke.* Beiträge zur Ernährung kranker Kinder der vorgeschrittenen Altersstufen. S. 56. [borenen. S. 56.
148. *Papiewsky, W.* Ueber den Starrkrampf der Neuge-
149. *Taub, J.* Die Anwendung der Intubation beim Keuchhusten. S. 56.
150. *Koch, C.* Ueber Choleraexanthem bei Kindern. S. 56.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

VIII. *Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.*

151. *Gluck, Th.* Fremdkörpertherapie und Gewebszüchtung. S. 57. [Thiersch. S. 57.
152. *Helferich.* Ueber die Hauttransplantation nach
153. *Langer, F.* Zur Casuistik der multiplen symmetrischen Lipome. S. 57.
154. *Wagner, A.* Ueber das arterielle Ranken-Angiom an der oberen Extremität. S. 57.
155. *Verchère.* Ueber Trepanation u. partielle Epilepsie. S. 58. [nach Otitis. S. 58.
156. *Gluck, Th.* Die Chirurgie der Knochenerkrankungen
157. *v. Ranke, H.* Intubation und Tracheotomie nach dem Ergebniss der von der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde veranstalteten Sammelforschung. S. 58.
158. *Kulenkampff, D.*, u. *H. Noltenius.* Ein durch halbseitige Exstirpation bislang geheilter Fall von Carcinoma laryngis. S. 59.
159. *Monks, George H.* Fall von erfolgreicher Entfernung einer Kehlkopfhälfte wegen Krebses. S. 59.
160. *Wolff, Julius.* Ueber den künstlichen Kehlkopf und die Pseudo-Stimme. S. 59. [S. 59.
161. *Morian.* Ueber die akute Osteomyelitis der Wirbel.
162. *Frölich, H.* Ueber Schiefwuchs (Skoliosis). S. 60.
163. *Gendron, F.* Fall von Skoliose durch Wirbeltuberkulose. S. 60. [liotica. S. 60.
164. *Sachs, W.* Ein Beitrag zur Frage der Ischias sco-
165. *Vincent, E.* Zur Chirurgie der Wirbelsäule. S. 60.
166. *Tausch.* Die Belastungsdeformitäten und ihre Behandlung. S. 61.
167. *Popper.* Orthopädischer Rückengurt. S. 61.
168. *Schede, M.* Ein verbesserter Skoliosenapparat. S. 61.
169. *Bidder, A.* Eine einfache elastische Pelottenbandage gegen Skoliose und einige Bemerkungen zu diesem Leiden. S. 61. [Stenose. S. 61.
170. *Gould, P.* Fall von Pyloroplastik bei gutartiger
171. *Cripps, Harrison.* Ueber Typhlotomie bei Darmverschluss. S. 61. [S. 61.
172. *Kurz, Edgar.* Laparotomie wegen Ileus. Heilung.
173. *Pollosson, Aug.* Fall von Darmverschluss durch Krebs bei einem 20jähr. Mädchen. S. 62.
174. *Körte, W.* Ueber den Darmverschluss durch Gallensteine. S. 62.
175. *Kiwull, E.* Zur Casuistik der Laparotomie bei Volvulus der Flexura sigmoidea. S. 62.
176. *Haasler.* Ueber Darmresektionen. S. 62.
177. *Rindfleisch, Walter.* Experimentelle Untersuchungen über die Heilung des Darmes nach Resektion bei Anwendung Czerny-Lembert'scher Nähte. S. 62.
178. *Loumeau, E.* Ueber Verletzungen der Blase bei der Laparotomie. S. 62.
179. *Albert.* Die Blasennaht und die Sectio alta. S. 63.
180. *Hahs.* Zur Casuistik der Sectio alta u. mediana. S. 64.
181. *Brik.* Fremdkörper in der Blase; Kystoskopie; Extraktion auf natürlichem Wege. S. 64.
182. *Prochnow.* Ueber Fremdkörper der Harnröhre und Blase. S. 64.
183. *Keegan.* Ueber Litholapaxie bei Knaben.
184. *Bier, A.* Unterbindung der Artt. iliacae i gegen Prostatahypertrophie. S. 65.
185. *Messner.* Ueber das sogen. Dérangement int der Gelenke. S. 65.
186. *Schröter, P.* Die traumatische laterale Luxat des Radiusköpfchens. S. 66.
187. *Schlatter, C.* Zur Casuistik der Talusluxationen, S.
188. *Bähr, Ferdinand.* Ueber Compressionsbrüche Fersenbeines. S. 66.
189. *Walsham, W. J.* Ueber die Behandlung ausg prägter Klumpfüsse. S. 67.
190. *Barrel, Herbert J.* Ueber einen Fall von Pes equin varus congenitus. S. 67.
191. *Elschnig.* Ueber den Keratoconus. S. 67.
192. *Fröhlich.* Ueber partielle Keratoplastik. S. 67.
193. *Williamson, G. E.* Fall von Spindelzellensarko der Iris. S. 67.
194. *Eversbusch.* Ein bemerkenswerther Fall von Iri Cysten-Bildung. S. 67.
195. *Schapringer.* Zur Erklärung der transitorische Myopie bei Iritis nebst Bemerkungen über die dia betische Kurzsichtigkeit. S. 68.
196. *Elschnig, Anton.* Ueber den Einfluss des Verschlusses der Arteria ophthalmica und der Carotis auf das Sehorgan. S. 68.
197. *Kamocki, V.* Ein Fall von metastatischem Adenocarcinom der Aderhaut. S. 68. [S. 68.
198. *Sachs, T.* Studien zur Pathologie des Nervus opticus.
199. *Peretti.* Ein Fall von Atrophia nervi optici descendens nach Schädel-Verletzung. S. 69.

IX. *Hygieine und Staatsarzneikunde.*

200. Bericht über die 18. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Würzburg vom 24.—28. Mai 1893. S. 69.
201. Grundzüge für Bau, Einrichtung u. Verwaltung von Absonderungsräumen u. Sonderkrankenhäusern für ansteckende Krankheiten. S. 70.
202. *Dieckmann.* Die ländlichen Volksschulen des Kreises Franzburg in hygienischer Beziehung. S. 70.
203. *Köhn, Theodor.* Ueber die Untersuchungsmethoden zur Feststellung der Selbstreinigung des Flusswassers. S. 70.
204. *Blaschko.* Zur Hygiene der Barbierstuben. S. 71.
205. 1) *Scheurlen.* Ueber „Saprol" u. die „Saprolirung" der Desinfektionsmittel. — 2) *Keiler, A.* Saprol, ein neues Desinfektionsmittel. S. 71. [S. 72.
206. *Scheurlen.* Weitere Untersuchungen über „Saprol"
207. *Freeman, Rowland Godefrey.* Ueber Sterilisiren der Milch bei 75°. S. 72.
208. *Rubner* u. *Davids.* Der Wasserabkochapparat von Werner von Siemens. S. 72.
209. *Pick, Alois.* Ueber die Einwirkung von Wein und Bier, sowie von einigen organischen Säuren auf die Cholera- und Typhus-Bakterien. S. 72.

B. Originalabhandlungen und Uebersichten.

III. *Werther.* Die Pathologie der Gonorrhöe. S. 73.
IV. *Beneke.* Ueber die sogenannte „Schlummerzellentheorie" von P. Grawitz. S. 83.

C. Bücheranzeigen.

1. *Francke, K.* Die Schwankungen der Reizzustandsgrösse, d. i. der Intensität, etc. S. 103.
2. *Rawitz, Bernhard.* Grundriss der Histologie. S. 103.
3. *Fraenkel, Eugen.* Ueber Gasphlegmonen. S. 103.
4. *Fournier, Alfred.* Les affections parasyphilitiques. S. 104.
5. *Binswanger, Otto.* Die pathologische Histologie der Grosshirnrinden-Erkrankung etc. S. 105.
6. *Krehl, Ludolf.* Grundriss der allgemeinen klinischen Pathologie. S. 107.
7. *Koenig, Franz.* Lehrbuch der speciellen Chirurgie für Aerzte und Studirende. S. 108.
8. *Magnus.* Augenärztliche Unterrichtstafeln für den akademischen und Selbst-Unterricht. S. 108.
9. *Fehling, Hermann.* Lehrbuch der Frauenkrankheiten. S. 109.
10. *Neugebauer, Franz Ludwig.* Ueber die Rehabilitation der Schamfugentrennung etc. S. 109.
11. *Gärtner, Aug.* Leitfaden der Hygiene. S. 110.

Berichte der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig. S. 110.

Berichtigung. Bd. CCXLI, Heft 2, Seite 147, Spalte 2, Zeile 21 v. u. muss es heissen: „Jacob Wolff" statt Julius.

Für die Redaktion verantwortlich: *Dr. P. J. Möbius* und *Dr. H. Dippe.* — Druck von Walter Wigand in Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

THE NEWBERRY LIBRARY CHICAGO

SCHMIDT'S JAHRBÜCHER

DER

IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMMTEN MEDICIN.

UNTER MITWIRKUNG VON

Prof. Dr. A. WINTER

REDIGIRT VON

Dr. P. J. MÖBIUS und Dr. H. DIPPE

IN LEIPZIG.

Band 242.

JAHRGANG 1894. — Nr. 5.

LEIPZIG 1894.

VERLAG VON OTTO WIGAND.

Inhalt.

A. Auszüge.

Medicinische Physik, Chemie u. Botanik.
Anatomie u. Physiologie. Nr. 210—222.
Allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie. Nr. 223—242.
Pharmakologie u. Toxikologie. Nr. 243—257.
Neuropathologie u. Psychiatrie. Nr. 258—263.
Innere Medicin. Nr. 264—282.
Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde. Nr. 283—301.
Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde. Nr. 302—337.
Hygieine u. Staatsarzneikunde. Nr. 338—355.
Medicin im Allgemeinen.

B. Originalabhandlungen u. Uebersichten. Nr. V. S. 181. Nr. VI. S. 191.

C. Bücheranzeigen. Nr. 13—53.

Ausgegeben den 15. Mai 1894.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Um Einsendung von Sonder-Abzügen, Dissertationen etc. wird ergebenst gebeten. Alle Sendungen wolle man an die Expedition, Leipzig, Rossplatz 3, adressiren.

Inhalt.

A. Auszüge.

I. *Anatomie und Physiologie.*

210. *Hoelzl, Hans.* Ueber die Metamorphosen des Graaf'schen Follikels. S. 117.
211. *Lange, M.* Beitrag zur Histologie des menschlichen Amnion und des Nabelstrangs.
212. *Mall, Franklin P.* Ueber die Conservirung sehr junger menschlicher Embryonen. S. 118.
213. *Sobotta, J.* Die Befruchtung des Eies der Maus. S. 118.
214. *Reichel.* Die Entwickelung der Harnblase und Harnröhre. S. 118.
215. *Basch, Karl.* Beiträge zur Kenntnis des menschlichen Milchapparates. S. 118.
216. *Laserstein, S.* Ueber die Anfänge der Absonderungswege in den Speicheldrüsen u. im Pankreas. S. 119.
217. *v. Lenhossék, M.* Die Geschmacksknospen in den blattförmigen Papillen der Kaninchenzunge. S. 119.
218. *Czermack, N.* Einige Ergebnisse über die Entwickelung, Zusammensetzung und Funktion der Lymphknötchen der Darmwand. S. 120.
219. *Reizenstein.* Ueber die Altersveränderungen der elastischen Fasern in der Haut. S. 120.
220. *Oppenheimer, R.* Zur Lehre von der physiologischen Bedeutung der Querstreifung des Muskelgewebes. S. 120.
221. *Gaule, Justus.* Die trophischen Veränderungen und die Muskelzerreissungen. S. 120.
222. *Rieder, Hermann.* Drei Fälle von angebornem Knochen- und Muskel-Defekt am Thorax. S. 121.

II. *Allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie.*

223. *Mitrophanow, P.* Ueber den Bau der Bakterien. S. 121.
224. *Wassermann, A.* Untersuchungen über Immunität gegen Cholera asiatica. S. 121.
225. *Schönwerth, Arnulf.* Abhängigkeit der erfolgreichen Infektion mit Hühner-Cholera von der Anzahl der dem Thiere einverleibten Bacillen, sowohl bei intramuskulärer Injektion, als bei Fütterung. S. 122.
226. *Buchner, H.* Weitere Untersuchungen über die bakterienfeindlichen und globuliciden Wirkungen des Blutserums. S. 122.
227. *Buchner, H.* Ueber den Einfluss der Neutralsalze auf Serumalexine, Enzyme, Toxalbumine, Blutkörperchen und Milzbrandsporen. S. 122.
228. *Buchner, H.* Beruht die Wirkung des Behring'schen Heilserums auf Giftzerstörung? S. 123.
229. *Wernicke.* Ein experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Löffler'schen Diphtheriebacillus und zur „Blutserumtherapie". S. 123.
230. *Tavel, E.,* u. *Otto Lanz.* Ueber die Aetiologie der Peritonitis. S. 124.
231. *Arnd.* Ueber die Durchlässigkeit der Darmwand eingeklemmter Brüche für Mikroorganismen. S. 124.
232. *Barbacci, Ottone.* Ueber Aetiologie u. Pathogenese der Peritonitis durch Perforation. S. 125.
233. *Fiessinger.* Ueber die Entstehung des Krebses. S. 125.
234. *Ribbert.* Beiträge zur Histogenese des Carcinoms. S. 125.
235. *Manasse, P.* Ueber die hyperplastischen Tumoren der Nebennieren. S. 127.
236. *Sudeck, P.* Ueber die Struktur der Nierenadenome. Ihre Stellung zu den Strumae suprarenales aberratae (Grawitz). S. 127.
237. *Sudeck, P.* Zwei Fälle von Adenosarkom der Niere. S. 128.
238. *Lubarsch, O.* Beiträge zur Histologie der von Nebennierenkeimen ausgehenden Nierengeschwülste. S. 129.
239. *Cohn, M.* Primäres Nebennierensarkom bei einem 9monatlichen Kinde. S. 131.
240. *Jores.* Ueber Nebennierensarkome. S. 131.
241. *Döderlein, A.,* u. *F. V. Birch-Hirschfeld.* Embryonale Drüsengeschwulst der Nierengegend im Kindesalter. S. 131.
242. *Muscatello, G.* Ueber das primäre Angiom der willkürlichen Muskeln. S. 132.

III. *Pharmakologie und Toxikologie.*

243. *Rosin, H.* Einfluss von Chinin und Methylenblau auf lebende Malariaparasiten. S. 133.
244. *Kétli, Karl.* Ueber die antimalarische Wirkung des Methylenblau. S. 133.
245. *Popoff, P. M.* Ueber subcutane Injektionen der Fowler'schen Arseniklösung. S. 133.
246. *Guinard, L.* Ueber die Vorzüge des Apocodeins vor dem Codein. S. 133.
247. *Garrè.* Die Aethernarkose. S. 133.
248. *Philip, P.* Ueber Pentalnarkose. S. 134.
249. *Richter, Max.* Ueber die Wirkungen der Injektionen von Thiosinamin auf das Blut. S. 134.
250. *Keitel.* Ein Fall von Hautanästhesie nach subcutaner Injektion von Thiosinamin. S. 134.
251. *Cazeneuve* u. *Rollet.* Ueber die Behandlung der Psoriasis und des Ekzems mit Gallanol. S. 134.
252. *Düvelius, J.* Zur Chlorzinkanwendung. S. 134.
253. *Binet, Paul.* Ueber die Wirkung einiger Urethanderivate und des Thio-Harnstoffes. S. 135.
254. *Baldi, Dario.* Ueber die Wirkung des Hydrazins. S. 135.
255. *Pohl, Jul.* Ueber die Oxydation des Methyl- und Aethylalkohols im Thierkörper. S. 135.
256. *Tillie, J.* Ueber eine besondere Art Curare. S. 135.
257. *Robitschek, Wilhelm.* Beitrag zur Frage der Peptonurie bei der akuten Phosphorvergiftung des Menschen. S. 136.

IV. *Neuropathologie und Psychiatrie.*

258. Ueber Morbus Basedowii. S. 136.
259. *Quincke.* Ueber cerebrale Muskelatrophie. S. 141.
260. *Reinhold, H.* Ueber einen ungewöhnlichen Fall von myopathischer Muskelatrophie mit Betheiligung des Gesichtes und „bulbärer" Muskelgebiete und negativem Befund am Nervensystem. S. 141.
261. *Hirsch, Georg.* Casuistischer Beitrag zur Diagnostik von Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen mit spastischer Hemiparese der Extremitäten. S. 141.
262. *Fuchs, Sigmund.* Klinische und anatomische Untersuchungen über einen Fall von multipler Neuritis mit Erkrankung der Nervi optici. S. 142.
263. *Morselli, E.* Ueber die Veränderungen der Stimme bei Geisteskranken. S. 142.

V. *Innere Medicin.*

264. *Békésy, Géza.* Zur Identitätsfrage der Blattern und Windpocken. S. 143.
265. *Auché, B.* Ueber Serumtherapie bei Blattern. S. 143.
266. *Fiedler, A.* Ueber Febris recurrens chronica. S. 143.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

INTELLIGENZBLATT

zu den

Jahrbüchern der in- und ausländischen gesammten Medicin.

№ 5.] Insertionsgebühren werden mit 30 Pf. für die gespaltene Petitzeile berechnet. Schriften für das medicinische Publikum dürften nur durch unsere Jahrbücher am schnellsten und erfolgreichsten bekannt gemacht werden. [1894.

Das leichtverdaulichste

aller arsen- und eisenhaltiger Mineralwässer.



Nach der Analyse des Herrn Hofrath Dr. Ernst Ludwig, k. k. o. ö. Professor der medic. Chemie in Wien, enthält die Guberquelle in 10.000 Gewichtstheilen:

Arsenigsäureanhydrid 0.061
Schwefelsaures Eisenoxydul 3.734

Heinrich Mattoni

Franzensbad,

Wien (Tuchlauben, Mattonihof),

Karlsbad, Budapest.

Ein Postcolli (30 kr. Porto) fasst 6 Flaschen Guberquelle.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:

Grundriss

der klinischen Bakteriologie

für Aerzte und Studirende

von

Dr. **Felix Klemperer** und Dr. **Ernst Levy**,
Privatdocenten der Universität Strassburg i. E.

1894. gr. 8. 8 Mark.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschien:

Deutsche Chirurgie. Begründet von **Th. Billroth** u. **A. Luecke.** Herausgegeben von Prof. Dr. **E. von Bergmann** und Prof. Dr. **P. Bruns.** Lief. 45c, 1. Hälfte: Prof. Dr. **C. Langenbuch, Chirurgie der Leber und Gallenblase.** I. Theil. Mit 19 Abbildungen. gr. 8. 1894. Geheftet. Preis 10 M.

Thoma, Prof. Dr. Rich., **Lehrbuch der pathologischen Anatomie.** Zwei Theile. I. Theil: Allgemeine pathologische Anatomie. Mit Berücksichtigung der Allgemeinen Pathologie. Mit 436 Abbildungen und 4 Tafeln. gr. 8. 1894. Geheftet. Preis 18 M.

Verlag von **Otto Wigand** in **Leipzig.**

Ueber die drei Wege des Denkens.

Von

Dr. J. Paul.

gr. 8. Preis 1 Mark.

Bad Köstritz.

Station: Linie Leipzig-Probstzella.

Trockene warme **Sandbäder,** **Massage, Sool-, Fichtennadel-** und andere Bäder. Ausgezeichnete Erfolge bei **Rheumatismus, Gicht, Nierenleiden, Exsudaten.** **Eröffnung 1. Mai.**

Prospekte gratis und franko durch die Direktion.

Tonica der Firma **J. Paul Liebe** in **Dresden,**
prämirt mit 14 Medaillen und Diplomen.

Vinum sagradae genuin.: 1 cbcm = 1 g Cascara sagrada, mildestes Mittel gegen **Stuhlverstopfung** und **Schwerverdaulichkeit.**

Vinum chinae regiae, wohlschmeckendes, haltbares Roburanz.

Vinum chinae ferratum, dasselbe mit 1% Ferro-ammoncitr.

Vinum condurango ph. G., nach Wilhelmy bei Magenleiden, insbesondere Carcinom.

Vinum condurango ferrat, dasselbe mit 2% Ferr. citric.

Vinum pepsini concentr., mit starkem Fermentationsvermögen.

— Durch die Apotheken. —

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

In meinem Verlage ist soeben erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:

Die

Krankheiten der Frauen,

für Aerzte u. Studirende dargestellt

von

Dr. Heinrich Fritsch,

o. ö. Professor, Geh. Medicinalrath und Direktor der Königl. Frauenklinik an der Universität zu Bonn.

Sechste neu bearbeitete Auflage.

Mit 220 Abbildungen in Holzschnitt und 4 Tafeln in Heliogravüre.

Preis: geheftet 11 Mark 40 Pf., gebunden 12 Mark 80 Pf.

In dieser neuen Auflage ist trotz der kurzen Zeit von zwei Jahren, welche seit dem Erscheinen der vorigen verstrichen sind, kaum eine Seite ohne Aenderungen und Zusätze geblieben. Neu ist das Kapitel über die Kystoskopie, neu eine grosse Anzahl mikroskopischer und makroskopischer anatomischer Abbildungen im Text und auf den 4 Tafeln, fast neu die Bearbeitung der Myomectomie und der Adnexoperationen.

Eine eingehendere kritische Schilderung der grossen Operationen innerhalb der Bauchhöhle bietet das im vorigen Jahre als **Ergänzung zu dem Lehrbuche** erschienene Werk desselben Verfassers:

Aus der Breslauer Frauenklinik.

Bericht über die gynaekologischen Operationen des Jahrgangs 1891/92.

Mit 13 Abbildungen in Holzschnitt.

Preis: 6 Mark.

Augenheilkunde

und

Ophthalmoskopie.

Für Aerzte u. Studirende bearbeitet

von

Dr. Hermann Schmidt-Rimpler,

ordentl. Professor der Augenheilkunde, Geh. Medicinalrath und Direktor der ophthalmiatrischen Klinik zu Göttingen.

Sechste verbesserte Auflage.

Mit 185 Abbildungen in Holzschnitt und 2 Farbentafeln.

Preis: geheftet 14 Mark, gebunden 15 Mark 60 Pf.

Der Verfasser hat in dieser neuen Auflage des beliebten Lehrbuches die Ergebnisse der letztjährigen Forschungen und eigenen Erfahrungen sorgfältig nachgetragen und die pathologisch-anatomischen Partieen ausgiebiger behandelt, ohne dass dadurch Umfang und Preis des Buches erhöht worden wären.

Berlin, April 1894.

Friedrich Wreden.

Verlag von Otto Wigand in Leipzig.

San Remo, eine deutsche Winterkolonie. Neu bearb. von Dr. R. Koerner und Dr. C. Rieth. 3. verbesserte Auflage. Mit 4 Karten und 1 Temperatur-Tabelle. 5 Mark.

Verlag von **Otto Wigand** in **Leipzig.**

Soeben erschien:

Jahres-Bericht

über die Leistungen der

chemischen Technologie

mit besonderer Berücksichtigung der

Gewerbestatistik

für das Jahr

1893.

Jahrgang I—XXV bearbeitet von R. von Wagner.

Fortgesetzt von

Dr. Ferdinand Fischer.

XXXIX. oder Neue Folge XXIV. Jahrgang.

Mit 200 Abbildungen. Preis 24 Mark.

Handbuch

der

chemischen Technologie.

Von

Dr. Ferdinand Fischer

in Göttingen.

(Zugleich **14.** völlig umgearb. Aufl. von R. v. Wagner's Handbuch der chemischen Technologie.)

Mit 716 Abbildungen. Preis 15 Mark.

Ein geographisch-statistisches Weltlexikon.

Im Verlage von **Otto Wigand** in **Leipzig** erschien soeben die **erste Lieferung** von:

RITTERS geograph.-statist. Lexikon

über die Erdteile, Länder, Meere, Buchten, Häfen, Seeen, Flüsse, Inseln, Gebirge, Staaten, Städte, Flecken, Dörfer, Weiler, Bäder, Bergwerke, Kanäle etc.

Ein Nachschlagewerk über jeden geographischen Namen der Erde von irgend welcher Bedeutung für den Weltverkehr.

Achte,

vollständig umgearbeitete, vermehrte u. verbesserte Auflage.

Unter der Redaktion von **Johs. Penzler.**

Erscheint in ca. 33 Lieferungen à 1 Mark.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 242. **1894.** **№ 2.**

A. Auszüge.

I. Anatomie und Physiologie.

210. **Ueber die Metamorphosen des Graaf'schen Follikels**; von Dr. Hans Hoelzl in München. Aus dem patholog. Institut zu München. (Virchow's Arch. CXXXIV. 3. p. 438. 1893.)

Das Untersuchungsmaterial H.'s stammt von 60 Individuen im Alter von 1—71 Jahren; ein besonderes Augenmerk wurde bei der Durchsicht der Präparate auf die Follikel und deren regressive Metamorphose unter normalen und pathologischen Verhältnissen gerichtet. H. kam bei der vorliegenden Arbeit zu folgenden Hauptergebnissen:

„Das Gewebe, welches den degenerirten Inhalt des geschlossenen Follikels ersetzt, entstammt der Follikelkapsel. Die Eröffnung des Follikels ist einer Abscedirung zu vergleichen: Zwischen Basalmembran der Granulosa und Theca follic. tritt eine bedeutende Anhäufung von Wanderzellen ein, die sogen. Theca intern. follic. Unter dem allseitigen Druck dieser sich eindrängenden Zellmassen wird der Follikelinhalt nach der Seite des geringsten Organwiderstandes, d. h. auf dem kürzesten Wege nach der Oberfläche zu entleert. Dieser Transport des Eies nach aussen findet nur während der geschlechtlichen Zeit des Weibes statt auf Veranlassung der periodisch sich wiederholenden Congestion nach den Beckenorganen. In der vorgeschlechtlichen Zeit finden sich nur wirkungslose Anfänge einer versuchten Ausstossung in der Bildung einer schmalen Thec. interna follicularis."

„Die Ovulation tritt in individuell verschieden langer Zeit nach der menstruellen Hyperämie ein, verschieden nach der Dauer und Stärke letzterer, dem tiefen Sitze des Follikels und Widerstand des Eierstocks. Der hierdurch entstandene Defekt wird durch Proliferation eben derselben Zellelemente, welche das Ei mit dem Follikel-Epithel nach aussen schaffen, gedeckt, und zwar wird die Höhle wegen der plötzlichen Druckminderung im Follikelinnern beim Eröffnen überall durch gefässloses Gewebe erfüllt. In Folge der fehlenden Vaskularisation degenerirt die Zellmasse fettig (Corp. lut.) und das von der Follikelkapsel (Theca) auswachsende bleibende Ersatzgewebe bildet sich hier nicht wie beim atresischen Follikel von vornherein, sondern erst in zweiter Linie."

„Corp. lut. verum und spurium sind im Wesen gleiche Bildungen, nur wird die bei sonstigen Rückbildungsprocessen des Graaf'schen Follikels normal inconstant und gering auftretende Blutung wegen der fortdauernden, ja sogar gesteigerten Fluxion nach den Genitalien während der Schwangerschaft regelmässig und bedeutend. Daher nicht blos die räumliche grosse Ausdehnung, sondern auch der längere Bestand des Corp. lut. verum."

„Der Vorgang der Defektbildung, welcher durch Degeneration oder Ausstossung des Follikelinhaltes entsteht, ist kein Vernarbungs-, sondern ein Regenerationsvorgang, wobei zellreiches ovarielles Stroma, keine zellarme Narbe gebildet wird. Narbenbildung ist pathologisch, ebenso das Auftreten einer homogenen Glasmembran an obliterirenden geschlossenen und eröffneten Follikeln. Diese ist nicht die persistirende Basalmembran, sondern stellt eine degenerative Sklerose der Theca folliculi dar."

„Corp. fibrosa haben entweder zum Ausgangspunkt die homogene Glasmembran und stellen so die Fortsetzung und Steigerung dieser pathologischen Bildung dar oder entwickeln sich aus Fibrinausscheidungen in den Follikel, können aber auch selbständig (aus Gefässen) ihre Entstehung nehmen."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

211. **Beitrag zur Histologie des menschlichen Amnion und des Nabelstrangs**; von M. Lange in Königsberg in Pr. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 94. 1894.)

L. hatte ursprünglich nur die Absicht, der noch nicht genügend bekannten Struktur des Nabelstrangs eingehendere Untersuchungen zu widmen; da jedoch hierbei ein Vergleich des Epithels der Nabelschnur mit dem des Amnion nicht zu umgehen war, wurde schliesslich auch der Histologie des Amnionepithels ein besonderer Abschnitt eingeräumt. L. fasst das Resultat seiner Untersuchungen, soweit es keine blosse Bestätigung allgemein anerkannter Thatsachen enthält, in folgenden Sätzen zusammen.

„Das Epithel des Amnion ist kein cubisches oder niedrig cylindrisches, sondern ein einschichtiges Pflasterepithel. Die Körnung des abgestorbenen Amnionepithels beruht nicht auf der Anwesenheit von Fett. In dem Amnionepithel sind keine offenen Mündungen von Lymphwegen. Die angeblichen Stomata sind Kunstprodukte, entstanden durch Bersten schleimig entarteter Zellen." „Das Epithel der Nabelschnur ist ein in der Regel drei-, seltener vier- oder fünfschichtiges Plattenepithel, dessen unterste Lage nur aus platten Zellen besteht. Während des Embryonallebens tritt auf der Nabelschnur die Differenzirung in ein Plattenepithel früher auf als die Schichtung des Epithels. „Stomata" sind in dem Epithel der Nabelschnur nicht vorhanden. Die Nabelschnur ausgetragener Früchte enthält sehr zahlreiche elastische Fasern innerhalb der Bindegewebezüge. Die Nabelschnur enthält keine anderen Lymphwege als die „Bindegewebekörperchen" Virchow's. Diese capillären Lymphwege sind höchst wahrscheinlich injicirbar. Zwischen die Epithelzellen der Nabelschnur dringen keine Ausläufer der Lymphwege ein."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

212. **Early human embryos and the mode of their preservation**; by Franklin P. Mall. (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. IV. 36; Dec. 1893.)

Als beste Conservirungsmethode für ganz junge menschliche Embryonen beschreibt M. das Einlegen des eröffneten Eies in eine grosse Menge starken Alkohols. Daneben empfiehlt er noch die Conservirung in *Müller'*scher Flüssigkeit, oder 10proc. Salpetersäure, oder in gesättigter wässeriger Sublimatlösung mit nachfolgender Alkoholbehandlung. Im Anschlusse daran giebt er eine Beschreibung eines 13 Tage alten menschlichen Embryo, wohl des jüngsten bisher beschriebenen.

Teichmann (Berlin).

213. **Die Befruchtung des Eies der Maus**; von J. Sobotta. (Anat. Anzeiger IX. 7. 1894.)

Es ist S. gelungen, das befruchtete Mäuseei zu beobachten in einem Stadium, wo noch der Kopf des Samenfadens in seiner charakteristischen Gestalt sichtbar ist. Gleichzeitig fand er die mitotische Richtungsfigur im Stadium des Dispiroms und er sieht darin eine Bestätigung seiner Annahme, dass der mitotische Process, welcher zur Ausstossung des Richtungskörperchens führt, erst nach dem Eindringen des Samenfadens seinen Abschluss erreicht. Teichmann (Berlin).

214. **Die Entwickelung der Harnblase und Harnröhre**; von Reichel in Würzburg. (Verhandl. d. physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg XXVII. 4. 1893.)

Eine ausführliche, mit guten Abbildungen versehene Studie; die Untersuchungen sind an menschlichen und Schweineembryonen gemacht. R. weist nach, dass weder Harnblase, noch centraler Theil der Urethra aus der Allantois entstehe, deren Mündung zum Urachus wird, sondern dass sie sich aus der Kloake entwickeln. Durch die sogen. Rathke'schen Falten wird die Kloake in einen grösseren vorderen Abschnitt getheilt, der zur Blase wird, und einen kleinen hinteren, den späteren Mastdarm. Das Kloakenseptum, ursprünglich ein schmaler medianer Epithelstreifen, der von der Oberfläche der Haut zum Boden der Kloake zieht, durchsetzt als Urethralseptum die ventrale Hälfte des Genitalhöckers von der Spitze bis zur Basis; durch Auseinanderrücken seiner Zellen in zwei Reihen bildet sich der Kloakenspalt, bez. die Genitalrinne. Diese öffnet sich zunächst nur bis zur Corona glandis und erinnert in diesem Stadium an die Missbildung der Eichelhypospadie; erst gegen Anfang des 4. Monats des Fötallebens beginnt der Eicheltheil des Urethralseptum sich zum Kanal umzuformen. Auf diese Weise rückt die Mündung der Harnröhre von der Corona glandis an der Unterfläche des Eicheltheiles nach vorn, bis sie an die normale Stelle des Orificium urethrae externum gelangt. Beim Weibe bleibt der Eicheltheil entweder ganz geschlossen oder erhält später noch an seiner Unterfläche eine seichte Rinne. Klitoris und Penis, Klitorisrinne und Urethra des Penis sind völlig homologe Bildungen. Die Dammfurche ist nicht ohne Weiteres mit dem Kloakenspalt zu identificiren; sie entsteht durch Erhebung seiner Seitenwände über das Niveau seiner Mündung; durch die Verwachsung ihrer Wände wird der Damm gebildet. Richter (Berlin).

215. **Beiträge zur Kenntniss des menschlichen Milchapparates**; von Dr. Karl Basch in Prag. (Arch. f. Gynäkol. XLIV. 1. p. 15. 1893.)

Die Brustwarze entwickelt sich beim 4 cm langen Fötus in Form einer „primären Drüsenanlage" (Huss), die aus einer umschriebenen Wucherung des Stratum Malpighii besteht. Bereits beim Fötus von 35 cm Länge ist die ursprüngliche Erhebung der Drüsenanlage gänzlich abgeflacht und zu ihren Seiten erheben sich Cutiswälle. Die Epithelwucherung geht durch Verhornung zu Grunde, sie wird allmählich abgestossen und beim Neugeborenen finden wir an Stelle der Brustwarze eine spaltförmige Grube, in deren Tiefe das Drüsenfeld liegt,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

d. h. jene Stelle der ursprünglichen Drüsenanlage, an welcher die Einwucherung der Epithelzellen in die Cutis behufs Bildung von Milchkanälen erfolgte. Jetzt beginnt das Drüsenfeld sich zu erheben, es überwindet den Widerstand der Reste der verhornten Drüsenanlage, zieht einen medianen Abschnitt der Drüsenwälle mit empor und bildet im Verein mit ihm die bleibende Papille. Beim Emporwachsen des Drüsenfeldes spriessen Muskelbündel von der Ringmuskulatur des Warzenhofes in die Warze ein; diese Abstammung der Warzenmuskeln verräth sich später dadurch, dass beide Muskelpartien sich stets gleichzeitig und nie unabhängig von einander contrahiren. In jede Brustwarzenpapille treten Capillarschlingen ein; ausserdem wird jeder Ausführungsgang und jedes Drüsenläppchen von einem korbartigen Netze von Capillaren umsponnen. Die Venen umgeben im Polygon die Gegend der Brustwarze und ein tieferer Venenkranz leitet das aus der Drüse stammende Blut gegen die Vena thoracica ab. Durch die Hornpfröpfe in den Endstücken der Drüsenausführungsgänge wird vermuthlich ein Reiz ausgelöst, auf den die Drüse in der ihr specifischen Form mit Milchsekretion antwortet. So kommt es zur Milchektasie, eventuell zur Milchsekretion beim Neugeborenen.

Die Difformitäten der Brustwarze (Pap. plana, fissa und invertita) stellen Entwickelungshemmungen dar. Das am weitesten zurückliegende Stadium stellt die Hohlwarze (M. invertita) dar, welche jenen Zustand in vergrössertem Maassstabe zeigt, wie er für den normal langen Neugeborenen typisch ist. Sie ist stets mit einer verkümmerten Warze vergesellschaftet; die Ringmuskulatur des Warzenhofes ist hypertrophisch und kann die muldenförmige Vertiefung fast überdecken. Da die Entstehung dieser Difformität in die erste Lebenszeit fällt, so dürfte sie vielleicht dadurch zu verhüten sein, dass man rechtzeitig durch keratinlösende Mittel die Ausstossung der verhornten Drüsenanlage unterstützt. An Stelle der Kehrer'schen Operationsmethode bei Hohlwarze erscheint theoretisch die subcutane Durchschneidung des Ringmuskels empfehlenswerth.

Die funktionelle Bedeutung der Brustwarze besteht darin, dass sie der Milchdrüse als Trinkansatz und als Verschlussapparat dient. Bei kleinen Warzen pflegt der Warzenhof breiter zu sein als bei grossen. Da letzterer verschieblich ist, so verbessert der Säugling bei kleiner Warze die ungünstige Form des Trinkansatzes durch Heranziehen des Warzenhofes.

Die Erektion der Brustwarze wird durch eine Contraktion der Muskulatur des Warzenhofes und der Papilla hervorgerufen, während hierbei der Gefässapparat nur eine untergeordnete Rolle spielt. Beim Saugakte steht dem Neugeborenen, wie experimental nachgewiesen wird, eine Adspirationskraft zu Gebote, die einer Wasserhöhe von 4—14 cm, einer Hg-Höhe von 0.5—0.9 cm Druck entspricht. Doch genügt diese Kraft allein nicht zur Ueberwindung des normalen Tonus der Brustwarzenmuskulatur. Sie wird vielmehr unterstützt durch eine Compression des Warzenhofes durch eine von den Kiefern ausgeübte Druckkraft von 200—300 g, die im Verlaufe der ersten 2 Lebenswochen bis zu 700—800 g ansteigt. Durch die anwachsende und nachlassende Compression im Vereine mit der kindlichen Adspiration wird die Brustdrüse einmal in rationellerer, anhaltender Weise entleert, als es durch Adspiration allein geschehen könnte, andererseits wird dem Saugakt ein ökonomisches Regime, eine Art Ventil eingeschaltet, welches die Milch rhythmisch nur in solchen Portionen austreten lässt, wie sie ohne erhebliche Beeinträchtigung der Athmung vom Kinde auch lange Zeit hindurch abgeschluckt werden kann. Brosin (Dresden).

216. **Ueber die Anfänge der Absonderungswege in den Speicheldrüsen und im Pankreas**; von S. Laserstein. (Arch. f. d. ges. Physiol. LV. 9 u. 10. p. 417. 1893.)

Die Untersuchungen sind nach der „doppelten" Methode von Ramón y Cajal angestellt und gehen über die gleichartigen von Cajal selbst und von Retzius insofern hinaus, als sie sich auch auf den Thätigkeitzustand der Drüsen erstrecken. Die Resultate an ruhenden Drüsen sind die gleichen, wie die der beiden anderen Forscher: dass nämlich die secernirenden Epithelien der Eiweissdrüsen und der Bauchspeicheldrüse durch feine, an ihrem Ende oft verzweigte Sekretwege mit den Binnenräumen der Alveolen in Verbindung stehen, und dass diese letzten Absonderungswege in die Zellen hineingehen, wo sie wahrscheinlich in kleinsten Hohlräumen ihren Anfang nehmen. Besonders interessant ist das Verhalten dieser kleinsten Sekretbahnen einmal im Pankreas, wo sie sich nur an der körnigen Innenzone der Zellen finden, nicht an der homogenen Aussenzone; und zweitens in den Schleimdrüsen, wo sie sich nur in den Randzellencomplexen (den Gianuzzi'schen Halbmonden) finden, nicht aber in den centroacinär gelegenen Schleimzellen, auch nicht nach Entleerung dieser durch starke Reizung.

Teichmann (Berlin).

217. **Die Geschmacksknospen in den blattförmigen Papillen der Kaninchenzunge**; von M. v. Lenhossék. (Verhandl. d. physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg XXVII. 5. 1893.)

Die Ansichten v. L.'s über die Nervenendigung in den Geschmacksknospen, welche er bereits in einer vorläufigen Mittheilung im Anatom. Anzeiger (VIII. p. 121. 1893) ausgesprochen hatte, sind inzwischen durch die unabhängig von den seinigen entstandenen Untersuchungen von Retzius und Arnstein bestätigt worden, dass nämlich zwischen den Nervenenden und den Geschmacks-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

zellen nur ein Contakt, keine Verschmelzung stattfinde. Zur Klärung einiger Verschiedenheiten von den Ergebnissen der beiden Autoren hat v. L. seine Untersuchungen fortgesetzt und dabei auch die Geschmacksknospen selbst in den Kreis seiner näheren Betrachtungen gezogen. Neben der Bestätigung vieler schon bekannten Thatsachen ist ihm dabei der Nachweis eines neuen Elementes in den Geschmacksknospen gelungen: Nach Saffraninfärbung zeigen sich in fast jeder Knospe, auf ihrer Oberfläche liegend, stark rubinroth gefärbte, stabförmige, schmale Kerne. Ihre Längsachse ist entsprechend der Wölbung der Knospen gestellt, ihr Zusammenhang mit den Knospen kein sehr inniger, wie sich bei Schrumpfungsvorgängen zeigt. Ihre Zahl übersteigt nicht 5 in einer Knospe. An diese Kerne schliesst sich nach oben und unten hin ein fadenförmiger, stark lichtbrechender Zellkörper an. v. L. ist geneigt, diese Zellen für umgewandelte, vielleicht verhornte Deckzellen zu halten. v. L. beschreibt ferner an Saffraninpräparaten im Bereich der Knospen einen stark gefärbten Epithelsaum, das „Epigemmium", dessen tinktorielles Verhalten er gleichfalls auf Verhornung zurückführt.

Bezüglich der kleinen Ganglien, mit welchen die Zungenäste des N. glosso-pharyngeus versehen sind, hat v. L. durch die Golgi'sche Methode festgestellt, dass sie sympathischer Natur sind. Ferner beschreibt er im subepithelialen Nervengeflecht der Papilla foliata, also viel oberflächlicher gelegen, als die vorerwähnten Ganglien, eigenthümliche kleine, nie zu geschlossenen Gruppen vereinigte multipolare Zellen. Er kann sie nach ihrem ganzen Verhalten zu den Nerven und dem Epithel weder für Nerven-, noch für Bindegewebezellen halten, vergleicht sie vielmehr mit den Langerhans'schen Zellen im Epithel der Haut und einiger Schleimhäute.

Teichmann (Berlin).

218. **Einige Ergebnisse über die Entwickelung, Zusammensetzung und Funktion der Lymphknötchen der Darmwand**; von N. Czermack. (Arch. f. mikroskop. Anat. XLII. 4. p. 581. 1893.)

Von diesen Ergebnissen seien als allgemeiner wichtige die folgenden angeführt: Die Darmfollikel entwickeln sich aus einer Verdichtung des Mesenchyms (Mesenchymknospe), wobei das Epithel ganz passiv bleibt. Das Reticulum entsteht, indem ein Theil des Protoplasma der Mesenchymzellen mit den Ausläufern, die zu den Nachbarzellen gehen, chemisch umgewandelt (vacuolisirt) wird; nur das dem Kern anliegende Protoplasma bleibt unverändert und so bildet die Zelle eine Knospe, welche das Weiterwachsen des Netzes und die Bildung neuer Balken ermöglicht. Später können solche Knospenzellen sich vollständig umwandeln, indem sie sich flach dem Reticulum anlegen und ein mehr oder weniger breites Band oder eine Knotenplatte bilden. Der Kern wird zuerst lappig, blass und verschwindet endlich vollständig. In den Zellen des Keimcentrum (Flemming) der Lymphfollikel kommt neben den zahlreichen Mitosen auch Kernfragmentirung häufig vor. Cz. lässt nun aus solchen Kernfragmenten bei gleichzeitigem endogenen Zerfalle des Protoplasma zunächst färbbare, noch vermehrungsfähige Körperchen entstehen und aus diesen fertige Blutplättchen.

Teichmann (Berlin).

219. **Ueber die Altersveränderungen der elastischen Fasern in der Haut**; von Cand. med. Reizenstein. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 1. p. 1. 1894.)

Neumann beschrieb 1865 senile Veränderungen der Haut in Form einer feinkörnigen Trübung, senilen Verschrumpfung und glasartigen Verquellung; während N. dies auf Veränderungen des Bindegewebes zurückführt, zeigte Schmidt 1891, dass es sich hauptsächlich um einen Zerfall der elastischen Fasern handelt, indem durch Atrophie der Bindegewebebündel „das elastische Netz sich dichter schliesst, die Fasern dadurch gewunden werden und gleichzeitig hyaline Aufquellung, Schollenbildung und schliesslich körnigen Zerfall darbieten". Dies führt zu Confluenz der Fasern, zu sekundärer hyaliner Umwandlung und Bildung grösserer homogener Bezirke.

R. konnte diese Befunde bestätigen, nur fand er sie nicht nur in der Haut älterer, sondern auch schon bei 26—28jähr. Personen.

Hammer (Stuttgart).

220. **Zur Lehre von der physiologischen Bedeutung der Querstreifung des Muskelgewebes**; von R. Oppenheimer. (Inaug.-Diss. Strassburg 1894.)

O. benutzte zur Untersuchung der quergestreiften Muskelfaser die Methode der oberflächlichen Versilberung und auffallende Beleuchtung des Präparates. Er kommt zu dem Resultate, dass die Querstreifung nicht der Ausdruck einer Zusammensetzung aus zwei verschiedenartigen Substanzen sei, sondern auf der Oberflächengestaltung der Faser beruhe; er schliesst sich somit der Lehre Haycraft's von der varikösen Form der quergestreiften Muskelfaser an.

Teichmann (Berlin).

221. **Die trophischen Veränderungen und die Muskelzerreissungen**; von Justus Gaule in Zürich. (Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 22. p. 646. 1894.)

Die vorliegende Abhandlung ist fast ausschliesslich gegen Hering gerichtet, nach dessen Darstellung die von G. beschriebenen Veränderungen an den Muskeln einfache Zerreissungen durch angestrengte Bewegungsversuche der aufgebundenen Kaninchen, aber keine Folge trophischer Störungen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

sein sollen. Durch verschiedene Versuche zeigt nun G., dass die beschriebenen Veränderungen auch dann eintreten, wenn jede Möglichkeit einer Dehnung und Zerrung des Muskels ausgeschlossen ist; dass sie aber hinwiederum nicht einzutreten brauchen, wenn der Muskel unter den für Zerrung günstigsten Umständen, wie Spannung durch ein Gewicht, indirekt oder direkt der stärksten elektrischen Reizung ausgesetzt, das Ganglion aber nicht verletzt wird. Lamhofer (Leipzig).

222. **Drei Fälle von angebornem Knochen- und Muskel-Defekt am Thorax;** von Dr. Hermann Rieder. (Annal. d. städt. allg. Krankenh. zu München. München 1894. J. F. Lehmann. p. 61.)

Die 3 Fälle sind kurz folgende.

1) 34jähr. Schneider; schwächlich, mässig kurzathmig beim Laufen. Man fand: „Theilweises Fehlen der Clavicular-Portion und vollständiges Fehlen der Sternocostalportion des linken Pectoralis major und vollständiges Fehlen des linken Pectoralis minor. Mangel des knorpeligen Sternalrandes der 3. linken Rippe; Fehlen der Intercostalmuskeln in diesem Bezirk (Bereich der 3. Rippe) und dem entsprechend linkseitige Lungenhernie, verkümmerte Entwickelung der linken Brustdrüse, Hypertrophie der Clavicularportion des linken Musculus deltoideus; Medianlage des Herzens."

2) 33jähr. Bereiter; vorzüglicher Reiter und Turner ohne alle Beschwerden. Man fand: „Mangel der Sternocostal-Portion des linken Pectoralis major, vollständiges Fehlen des linken Pectoralis minor und des linken Serratus anticus major, Trichterbrust, Defekt eines Theiles der 4. und 5. linken Rippe, Fehlen der Intercostalmuskeln in diesen Bezirken und dem entsprechend linkseitige Lungenhernie, Flughautbildung; verkümmerte Entwickelung mit Hochstand der linken Mamilla. Abnorme Vereinigung einzelner Rippen miteinander. Freie Endigung der 9. Rippe. Einsenkung des Sternums von der 3. Rippe nach abwärts. Medianlage des Herzens."

3) 39jähr. Landwirth ohne Beschwerden. Man fand: „Mangel des unteren Theiles der Sternocostalportion des rechten Pectoralis major, theilweises Fehlen des rechten Serratus anticus major, Defekt eines Theiles der 4. Rippe, bei Vorhandensein (wenigstens von Resten) der Intercostalmuskeln in diesem Bezirke, daher nur unvollständige Lungenhernien (3), verkümmerte Entwickelung der Haare auf der rechten Brustseite. Compensatorische Hypertrophie des Cucullaris, namentlich seiner unteren Partien, schwächere Entwicklung und Hochstand der rechten Scapula, stärkere Krümmung und Verdickung der rechten Clavicula. Linkseitige Spitzentuberkulose, linkseitige Pleuritis exsudativa."

R. giebt die bekannt gewordenen angeborenen Missbildungen am Thorax kurz wieder und theilt sie dabei in 3 Gruppen, je nachdem nur die Knochen, nur die Muskeln oder beide, Knochen und Muskeln, mangelhaft, bez. falsch entwickelt waren. Die letztere Gruppe ist die kleinste. Zur Erklärung des Zustandekommens aller dieser Missbildungen muss man nach mechanischen Einwirkungen suchen. Dippe.

II. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

223. **Etude sur l'organisation des bactéries;** par P. Mitrophanow. (Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. X. 11. p. 475. 1893.)

M. tritt mit Entschiedenheit dafür ein, dass die Bakterien Zellen mit allen Bestandtheilen solcher darstellen; die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Kernen und den Granulationen der Bakterien. M. wendet sich ebenso entschieden gegen die Auffassung der Bakterien als Organismen ohne Kern, wie gegen die Ansicht, dass sie blos die Natur des Kernes besitzen. Was die Granula betrifft, welche er mit der vitalen Methylenblaufärbung darstellt, so sieht er in ihnen nicht Elementarorganismen, wie Altmann u. A., denen gegenüber die Zelle bereits ein zusammengesetzter Organismus wäre, sondern sekundäre Produkte der Lebensthätigkeit innerhalb der Zelle. Eine genauere Inhaltsangabe der interessanten Arbeit zu geben, ist leider im Rahmen eines Referates nicht möglich; es muss daher auf das Original verwiesen werden, bez. auf den vorliegenden französischen Auszug aus dem russischen Original.

Teichmann (Berlin).

224. **Untersuchungen über Immunität gegen Cholera asiatica;** von A. Wassermann. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XIV. 1. p. 35. 1893.)

Die Arbeit giebt im Wesentlichen eine Bestätigung der Resultate R. Pfeiffer's gegenüber den jüngsten Untersuchungen von Gruber und Wiener. Danach gelingt es sicher, Meerschweinchen gegen die intraperitonäale Infektion mit lebenden Choleravibrionen zu schützen, wenn man den Thieren Choleravibrionen oder deren Leibessubstanzen in solcher Menge einführt, dass eine specifische leichte Erkrankung darauf erfolgt. Ob diese Wirkung durch geringere Mengen lebender Choleravibrionen oder durch irgendwie abgetödtete, in grösseren Dosen hervorgerufen wird, ist gleichgültig, das Wesentliche ist das Ueberstehen der specifischen Allgemeinreaktion.

Als Dosis letalis minima fand W. $^1/_3$—$^1/_2$ Oese einer 18stündigen Agar-Cultur in Bouillon aufgeschwemmt für ca. 300 g Meerschweinchen. Der Inhalt der Oese entsprach ca. 1.5 mg. Wurde die Cultur durch Chloroform, Trocknen, Wärme u. s. w. abgetödtet, so genügten 1—$1^1/_2$ Oese für je 100 g Thier, um binnen 10—12 Stunden den Tod herbeizuführen. (Gruber und Wiener hatten 10 Oesen und mehr geben können.) Die enge Beziehung dieser Giftsubstanzen zur künstlichen Immunität ist bekannt. W. konnte durch intraperitonäale Injektion von 0.005 g einer Cholera-Bouillon-Cultur, die, bei 70.0° eingedampft, mit Alkohol gefällt und getrocknet worden war, die Thiere gegen die 4—12fache lethale Dosis feien. Eine weitere Steigerung der Immunität aber gelang auf keine Weise. Der Schutz trat 24 Std. nach der Vorbehandlung ein und hielt sich 2—4 Mon., nie aber länger als 5.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Des Weiteren stellt W. seine Uebereinstimmung mit den Ergebnissen der Arbeiten von Lazarus (Jahrbb. CCXXXIX. p. 183) fest. 0.00001 g Blutserum eines Cholera-Genesenen schützten 300 g Meerschweinchen gegen die tödtliche Infektion.

Nowack (Dresden).

225. **Abhängigkeit der erfolgreichen Infektion mit Hühner-Cholera von der Anzahl der dem Thiere einverleibten Bacillen, sowohl bei intramuskulärer Injektion, als bei Fütterung**; von Dr. Arnulf Schönwerth. (Arch. f. Hyg. XVII. p. 361. 1893.)

Sch. unterzog sich im Anschlusse an seine früheren Studien über Hühnercholera (s. Jahrbb. CCXL. p. 264) mit anerkennenswerther Ausdauer der mühevollen Aufgabe, festzustellen, wie viel Hühnercholera-Bacillen nöthig seien, um Tauben bei intramuskulärer und bei intestinaler Infektion zu tödten. Im Ganzen verwendete Sch. zur Lösung der ersten Frage 64 Tauben. Mit Ausnahme eines einzigen Falles, in dem eine Taube noch die Injektion von 100 Bacillen vertrug, stellte sich durchgehends heraus, dass 1—2 Bacillen genügend sind, eine Taube zu tödten. Dagegen war die tödtliche Infektion einer Taube per os nur mit ganz gewaltigen Massen einer überaus virulenten Cultur möglich. Sie erforderte mindestens 60 Millionen. Besonders kräftige Tauben vertrugen aber selbst die 7fache Menge der Minimaldosis noch ohne Schaden.

Von grossem Interesse sind für den Bakteriologen von Fach Sch.'s Erfahrungen über den Werth der üblichen Verdünnungs- und Zählmethoden. Lange Zeit hindurch fand Sch. stets um so niedrigere Zahlen, je grösser das Aussaatmaterial war. Wie die meisten Bakteriologen bisher nahm Sch. als Grund an, dass die Bacillen sich in ihrem Wachsthum um so mehr störten, je zahlreicher sie ausgesät würden. Als aber Sch. die Verdünnungsmethode änderte, ergab sich das Gegentheil: fast immer entsprach der grösseren Aussaat auch die grössere Zahl der in den Platten aufgegangenen Keime.

Nowack (Dresden).

226. **Weitere Untersuchungen über die bakterienfeindlichen und globuliciden Wirkungen des Blutserums**; mitgetheilt von Prof. H. Buchner. (Arch. f. Hyg. XVII. p. 112. 1893.)

B. ist unablässig bemüht, mit seinen Schülern die nähere Natur der bakterienfeindlichen Stoffe zu ergründen. Die seit 1890 erschienenen Arbeiten anderer Autoren über die Serumwirkung unterzieht B. einer kurzen Kritik und theilt dann auf Grund von 20 Versuchsprotokollen die eigenen Ergebnisse mit:

1) Die bakterienfeindliche Aktion hängt bei gleicher Serum- und Bakterienart ab von der Serummenge, welche mit einer bestimmten Bakterienzahl in Contakt geräth. Die Bakterien sind durch ihre Lebensthätigkeit im Stande, die aktiven Stoffe des Serum zu zerstören.

2) Die globulicide Wirkung des Blutserum erstreckt sich nicht nur auf andersartige *Blutkörperchen*, sondern auch auf fremde *Leukocyten*.

3) Bei der globuliciden Aktion sind ebenfalls quantitative Verhältnisse maassgebend.

4) Die globulicide und die bakterienfeindliche Aktion des Blutserum werden in übereinstimmender Weise durch Licht, Wärme und Anwesenheit von Sauerstoff herabgemindert, bez. aufgehoben.

5) Hunde- und Kaninchenserum zerstören bei länger dauerndem Contakt gegenseitig ihre globulicide und bakterienfeindliche Wirkung.

6) Ausfällung von Eiweisskörpern aus dem Serum und Wiederauflösen der getrockneten Substanz mit fortdauernder Aktivität ist möglich. Eine Isolirung der aktiven Stoffe aber ist bisher auf diesem Wege nicht erreicht worden.

7) Die globuliciden und die bakterienfeindlichen Wirkungen des Blutserum sind durchaus specifischer Natur, abhängig von der Art des blut-, bez. serumliefernden Thieres und von der Bakterienart.

Nowack (Dresden).

227. **Ueber den Einfluss der Neutralsalze auf Serumalexine, Enzyme, Toxalbumine, Blutkörperchen und Milzbrandsporen**; mitgetheilt von Prof. H. Buchner. (Arch. f. Hyg. XVII. p. 138. 1893.)

Auch diese Arbeit B.'s fördert eine Fülle der interessantesten und bedeutsamsten Entdeckungen zu Tage. B. ging davon aus, dass durch Wasserzusatz die Aktivität von Hunde- und Kaninchenserum aufgehoben, durch Zusatz der normalen Kochsalzmenge wieder hergestellt werden konnte. Die Rolle des Kochsalzes konnte dabei nur eine indirekte sein, indem seine Anwesenheit die Funktion der Serumalexine erst ermöglicht. Ausser Kochsalz übten auch verschiedene andere Salze, wie Kalium-, Lithium- und Ammoniumchlorid, Natrium-, Kalium-, Ammoniumsulfat, die gleiche Funktion im Serum aus.

B. fand nun bei seinen weiteren Experimenten, dass das Salzbedürfniss des Serum in Parallele steht zum Salzbedürfniss des Gesammtorganismus. Auch im Serum müssen es die eiweissartigen Bestandtheile sein, auf welche die Funktion der Salze sich bezieht. Die Alexine müssen daher als Eiweisskörper betrachtet werden.

Anwesenheit von Sulfaten der Alkalien im verdünnten Serum steigert die Aktivität der Serumalexine und erhöht deren Resistenz gegen Erhitzung um etwa 10 Temperaturgrade. Die günstigste conservirende Wirkung ergab für Hundeserum Zusatz von gleichen Theilen einer 8proc. Ammonsulfat- oder einer 28.4proc. Natriumsulfatlösung.

Natriumchlorid wirkte ebenfalls conservirend gegen Erhitzung, aber in äquivalenten Mengen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

wesentlich schwächer, als die Sulfate. Noch geringere Kraft zeigten die Nitrate. Entscheidend für die Resistenzerhöhung war nicht blos die in der Raumeinheit vorhandene Menge von Salzmolekülen, sondern auch das Verhältniss zur Menge der gleichzeitig anwesenden Serumtheilchen. Demnach beruht die conservirende Wirkung des Salzzusatzes auf einer Wasserentziehung, die nach Hofmeister bei den Sulfaten am stärksten, bei den Nitraten am geringsten ist.

Das Invertin der Hefe zeigte bei Anwesenheit von Natriumsulfat eine um mehr als 10 Temperaturgrade gesteigerte Resistenz gegen Erhitzung, während Natriumnitrat keine, Natriumchlorid nur eine geringe Erhöhung der Resistenz bewirkte. Genau ebenso verhielt sich das Toxalbumin des Tetanusbacillus bezüglich Resistenzsteigerung durch Salze und ähnlich auch das Diphtherie-Toxalbumin.

Blutkörperchen vom Kaninchen und Hund sind ebenso wie Milzbrandsporen in äquivalenten Lösungen der Sulfate wesentlich resistenter gegen Erhitzung, als in solchen der Chloride und Nitrate. Im trockenen Zustande endlich ertrugen nicht nur die Enzyme und Toxalbumine, sondern auch die Serumalexine wesentlich höhere Hitzegrade, ohne ihre Aktivität zu verlieren.

Aus alledem folgert B., dass es sich bei allen diesen aktiven Eiweisskörpern nicht um molekulär gelöste Stoffe handeln könne, sondern um micellare (Nägeli) Lösungen oder, wenn grössere Complexe in Betracht kommen, um Lösungen von Micellarverbänden, d. h. aus zahlreichen Micellen mit zwischengelagerten Wassermolekülen bestehende, gleichsam in gequollenem Zustand befindliche Körper. Verwehren diese Micellarverbände oder Micellarkörper den Salzen den Eintritt in ihr Inneres, so muss nach den Gesetzen der Osmose bei Zunahme des Salzgehaltes in der umgebenden Flüssigkeit Wasser aus dem Micellarkörper austreten, bei Abnahme des Salzgehaltes dagegen Wasser aufgenommen werden. Letzteres führt also zu vermehrter Quellung, jenes zu erhöhter Festigkeit des Gefüges und damit zu vermehrter Resistenz.

Dem entsprechend sucht B. auch den Unterschied zwischen aktivem und inaktivem Eiweiss in einer Veränderung der micellaren Anordnung bei unveränderten chemischen Molekülen.

Nowack (Dresden).

228. **Beruht die Wirkung des Behring'schen Heilserums auf Giftzerstörung?** von Prof. H. Buchner. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 4. 1894.)

B. hat Tetanusgift und das aus dem Blutserum unempfänglich gemachter Thiere gewonnene Gegengift in trockenem Zustande dargestellt und sodann aus beiden eine Mischung bereitet, welche auf weisse Mäuse keine Wirkung ausübte. Wurde die gleiche Menge dieser Mischung Meerschweinchen beigebracht, so erkrankten diese, d. h. das Tetanusgift wird durch das sogenannte Gegengift nicht zerstört, beide Körper wirken vielmehr getrennt auf den Organismus ein. Das Meerschweinchen ist unempfänglicher für das Tetanusgift, als die Maus, bedarf daher einer grösseren Menge des Gegengiftes. Letzteres wirkt nach B. im Thierkörper in der Weise, dass es „den Organismus, die Gewebe, die Zellterritorien für die Wirkung des anderen, des Toxins, unempfänglich macht". Das Gegengift macht die noch nicht von der Giftwirkung ergriffenen Zellgruppen in schnellster Weise immun, während es auf die bereits erkrankten Gewebe nicht einzuwirken vermag. Mit dieser Erkenntniss werden die Erwartungen, welche man auf die Serumtherapie setzt, erheblich eingeschränkt. Cattani, Tizzoni und Centanni sind unabhängig von B. zu dem gleichen Ergebniss gekommen. B. weist nach, dass die neuesten Erfahrungen Behring's sich mit dessen Hypothese nur schwer in Einklang bringen lassen, während sie sich mit Hülfe der seinigen ungezwungen erklären. Die Gegengifte sind nach B. ebenfalls bakterielle Stoffe, welche den Bakteriengiften chemisch nahe verwandt sind, etwa wie das Cholin dem Neurin. „Die Blutserumtherapie ist demnach nicht, wie Behring stets behauptete, etwas principiell Eigenartiges, sondern sie ist im Wesentlichen nur eine besondere Modifikation der bisherigen Immunisirungsmethoden." Brückner (Dresden).

229. **Ein experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Löffler'schen Diphtheriebacillus und zur „Blutserumtherapie"**; von Stabsarzt Dr. Wernicke. (Arch. f. Hyg. XVIII. 2. p. 192. 1893.)

W. fütterte Hunde mit dem Fleische eines diphtherieimmunen und eines an chronischer Diphtherieinfektion verendeten Schafes, nachdem er vorher eingehend den Verlauf der Diphtherie-Infektion bei Hunden studirt hatte. (Sie stimmt in allen Hauptsymptomen mit der beim Menschen überein: weiches, subcutanes Oedem, dann Infiltration, Nekrotisirung, zahlreiche Hämorrhagien in den Organen, Erbrechen, Kräfteverfall, Temperaturverminderung bis 30° C., Tod. Diphtheriebacillen immer nur an der Impfstelle, nie, wie beim Frosch, auch in den Organen.)

Dabei kam W. zu folgenden überraschenden Resultaten:

1) Durch Fütterung mit dem Fleische eines *immunisirten* Schafes ist es möglich, bei Hunden einen gewissen Grad von Immunität zu erzeugen. Das immunisirende Princip scheint demnach auch in den Organen, ebenso wie im Blutserum enthalten zu sein und ohne Alteration durch die Verdauungssäfte vom Darme aufgenommen zu werden. Die auf diese Weise erzeugte Immunität ist zwar eine geringe, aber sie wächst proportional der Menge des verfütterten Fleisches. 2) Durch Verfütterung von Organen eines an Diphtheriegift *verendeten*

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Schafes wird bei einem Hunde ein ziemlich erheblicher Grad von Diphtherie-Immunität erzeugt. Es ist das im Körper des gestorbenen Thieres vorhandene Gift, welches vom Magendarmkanale aus immunisirend wirkt. Des Weiteren gelang es W., Hunde, ebenso wie Meerschweinchen dadurch zu immunisiren, dass er das Gift aller Diphtheriebouillonculturen in immer nur krankmachender Dosis verabreichte. Brachte W. dann solchen immunen Hunden Diphtheriebacillen selbst in den allergrössten Mengen unter die Haut, so gingen sie innerhalb 3—4 Tagen vollkommen zu Grunde, während sie im Körper nicht oder unvollkommen immunisirter Hunde Wochen lang am Leben blieben.

Endlich berichtet W. noch in Kürze (unter Hinweis auf die Arbeiten Behring's u. Kossel's, die W.'s Fälle mit enthalten) über die Anwendung des von Hunden gewonnenen Diphtherieheilserum beim Menschen. Nowack (Dresden).

230. **Ueber die Aetiologie der Peritonitis.** *Ein Beitrag zur Lehre von den Continuitätsinfektionen und den Contiguitätsentzündungen;* von Prof. E. Tavel u. Dr. Otto Lanz. (Mittheil. aus Kliniken u. med. Instituten d. Schweiz I. 1. 1893.)

Den Ausgangspunkt des äusserst gediegenen und werthvollen, mit 8 trefflichen Lichtdrucktafeln ausgestatteten Werkchens bilden 72 *intra vitam* an Menschen bakteriologisch ausgeführte Untersuchungen bei Peritonitis und incarcerirten Hernien aus der Kocher'schen Klinik. Dazu gesellen sich die Resultate mehrerer interessanter im Tavel'schen Laboratorium ausgeführter Experimentalarbeiten. Nach übersichtlicher Mittheilung der einzelnen klinischen Fälle und des Ergebnisses der jedesmaligen bakteriologischen Prüfung kommen T. u. L. zur Besprechung der Peritonitisätiologie.

Sie unterscheiden, abgesehen von der seltenen hämatogenen Infektion und der direkten Infektion des Peritonaeum durch Trauma oder Perforation, namentlich die Continuitätsinfektion desselben, sowie die sogen. Contiguitätsentzündung. Unter der ersteren verstehen sie das direkte Uebergreifen der Entzündung von einem Gewebe auf ein anatomisch anliegendes Gewebe, und zwar durch fortschreitendes Wachsthum der Entzündungserreger selbst; die Contiguitätsentzündung ist eine solche, bei der eine Resorption von Bakterienprodukten und nicht der Bakterien selbst stattfindet, also eine „chemische Peritonitis". Von diesen Fällen glauben T. u. L. 6 beobachtet zu haben: in den Fibrinauflagerungen des Darmes und im gebildeten Exsudat liessen sich weder mikroskopisch, noch culturell Mikroorganismen nachweisen.

Bei der Entstehung einer Peritonitis kommen verschiedene Faktoren in Frage. Es kann von einem Nachbarorgane aus in das Peritonaeum 1) ein Fortwachsen, 2) ein Durchwandern von Bakterien, 3) ein Durchtritt von chemischen Produkten stattfinden. In Fällen von Perforationsperitonitis wären noch in Betracht zu ziehen 4) die Irruption von chemischen Produkten, z. B. Toxinen und Fermenten, 5) die Irruption von Bakterien und 6) die von festen Bestandtheilen des Darminhaltes.

Keiner dieser Faktoren nun ist für sich allein im Stande, experimentell eine Peritonitis zu erzeugen. Man findet stets entweder ein chemisches Agens oder einen festen Bestandtheil als prädisponirende Ursache und daneben Bakterien als Ursache der fortschreitenden Entzündung. Die Prädisposition liegt nicht in der erzeugten Schädigung des Serosaepithels, sondern in der durch die erwähnten Momente hervorgerufenen Entzündung. Damit sich Bakterien auf dem Peritonaeum ansiedeln können, muss schon eine Peritonitis da sein; eine primäre bakterielle Peritonitis giebt es nicht.

Die bakteriellen Peritonitiden sind in der kleineren Zahl der Fälle Monoinfektionen, häufiger Polyinfektionen. Dabei spielt keine Bakterienart eine specifisch ätiologische Rolle, es können verschiedene Mikroorganismen eine Peritonitis erzeugen. In erster Linie stehen von den Kokken die Streptokokkenarten, ferner Pneumokokken, Gonokokken, seltener Staphylokokken; von Bacillen fanden T. u. L. besonders einen aktinomycesähnlichen Bacillus, dann diphtherie-, tetanus- und rotzähnliche Bacillen, den Bac. pyocyaneus, B. pyogenes foetidus, B. foetidus liquefaciens, Proteus vulgaris und dann Bacterium coli commune. Das Letztere wird nur deshalb so häufig gefunden, weil es so leicht zu züchten ist.

Das Bacterium coli ist keine bakteriologische Einheit; es ist ein Sammelname für eine ausserordentlich zahlreiche Familie von Bakterien. T. u. L. haben 30 Bact.-coli-ähnliche Bacillen gefunden, darunter 17 bewegliche und 13 unbewegliche; unter diesen 30 untersuchten Typen waren 20 verschiedene Arten.

Für die Diagnose des Ausgangspunktes der Infektion giebt die bakteriologische Zusammensetzung des Exsudats keine Anhaltepunkte.

Marwedel (Heidelberg).

231. **Ueber die Durchlässigkeit der Darmwand eingeklemmter Brüche für Mikroorganismen**; von Dr. Arnd in Bern. (Mittheil. aus Kliniken u. med. Instituten d. Schweiz I. 4. p. 395. 1893.)

A. erzeugte an Kaninchen mittels eines Condoms unter bestimmten Verhältnissen elastische Einklemmungen von Darmschlingen ohne Gangrän des Darmes und untersuchte dann das gebildete Bruchwasser auf seinen bakteriellen Inhalt, sowie ob bestimmte, vorher durch Fütterung oder Injektion in den Darm gebrachte Mikroorganismen im Bruchwasser auftraten, d. h. die unverletzte Darmwand passirten. Er kommt zu dem Schlusse, dass der Kaninchendarm schon im Zustande einer leichten Cirkulationstörung für die in ihm enthaltenen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Bakterien durchgängig ist, ohne dass gröbere Läsionen oder gar Nekrose zu bestehen brauchen, und nimmt danach Aehnliches auch für den menschlichen Darm an. Ausserdem ist A. durch seine Versuche zu der Ueberzeugung gekommen, dass zwischen dem Grade der Brucheinklemmung und der Menge des gebildeten Bruchwassers ein gewisses Verhältniss besteht.

Marwedel (Heidelberg).

232. **Ueber Aetiologie und Pathogenese der Peritonitis durch Perforation**; von Dr. Ottone Barbacci. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. IV. 19. 1893.)

B. hat 14 Perforationsperitonitiden an menschlichen Leichen bakteriologisch untersucht und kommt danach, sowie auf Grund zahlreicher Thierexperimente zu folgenden Resultaten: Die mikroskopische Untersuchung von Peritonäalexsudat ergiebt meist eine ganze Anzahl von Bakterien, das culturelle Verfahren gewöhnlich blos Bact. coli commune in Reincultur. Durch Inoculation von Exsudat auf empfängliche Thiere konnte B. ziemlich häufig die Gegenwart von Diplococ. lanceol. caps. nachweisen, der beim Menschen weniger für die Aetiologie der Peritonitis als für einige Folgekrankheiten derselben wie Pleuritis, Pneumonie, Endocarditis eine Rolle zu spielen scheint. Durch frühzeitige Impfung 5—5½—6—8—12 Stunden nach der Perforation (experimentell an Hunden durch Aetzkali erzeugt) gelang es B. auch *culturell* ausser Bact. coli commune noch andere Mikroorganismen aus dem Exsudat zu züchten, die allerdings rasch absterben und dann dem Bact. coli commune die Oberhand lassen. Trotzdem ist das letztere durchaus nicht das pathogene Agens der Perforationsperitonitis, sondern diese ist, wie B. nachweist, das Resultat dreier gemeinschaftlicher Momente, und zwar a) des Eintrittes von Fäces und Darmgasen in die Bauchhöhle, b) der Entwicklung und Vermehrung der darin enthaltenen Keime und c) der dauernden Reizung durch die beständig auf die entzündete Serosa ausströmenden Fäces und Darmgase. Marwedel (Heidelberg).

233. **La pathogénie du cancer (Recherches cliniques)**; par le Dr. Fiessinger, d'Oyonnax. (Revue de Méd. XIII. 1; Janv. 1893.)

Krebs findet sich am häufigsten an Körperstellen, welche äusseren Einwirkungen ausgesetzt sind (Uterus, Magen, Brust, Lippe). Wenn embryonale Anlage und mechanische Einwirkung mehr als prädisponirend wirkten, müsste sich Krebs z. B. viel häufiger in den Gallenwegen und in den Nieren finden. Die Erfahrung lehrt jedoch, dass die Krebskrankheit sich am häufigsten da entwickelt, wo Körperhöhlen an der Oberfläche münden. Einzelne Stellen sind davon ausgenommen. Diese besitzen eigene, in ihrer Funktion begründete Schutzvorrichtungen, welche das Haften, bez. Eindringen der der Krankheit zu Grunde liegenden Ursache erschweren. (An der Harnröhre der Urinstrahl, an den Nasenlöchern und am äusseren Gehörgang Drüsensekrete.) Es ist daher nicht unwahrscheinlich, dass ein von aussen eindringendes Agens zur Entstehung des Krebses Anlass giebt. Manche Beobachtungen sprechen dafür, dass das Krebsgift durch Vermittellung der Finger übertragen wird, so der seltene Befund von Gebärmutterkrebs in Klöstern (!). — Ein gewisser Einfluss des Wassers auf die Verbreitung der Krankheit lässt sich ebenfalls erkennen. Im hohen Norden und im Süden ist der Krebs selten. Hier wird die Haut theils künstlich, theils physiologisch stärker eingefettet, als in den gemässigten Zonen. Hohes Alter, stickstoffreiche Nahrung (?), Gemüthserregungen wirken bei der Entstehung des Krebses vielleicht in dem Sinne mit, dass sie die Widerstandsfähigkeit des Körpers herabsetzen. Möglicherweise ist das Krebsgift kein organisirtes, sondern ein chemisches, das die Zellen zur schnellen Vermehrung anregt, ähnlich wie der Stich der Gallwespe die Zellen der Pflanzen. Diesen Gedanken führt F. des Weiteren aus. Er beobachtete z. B. die Entwicklung eines Epithelioms am Handrücken im Anschluss an einen Stich mit einer Brombeerranke. Dafür, dass das Krebsgift durch eine von aussen einwirkende Ursache erzeugt und weiter verbreitet werden könnte, bringt F. eine Reihe von Belegen. So beobachtete er Krebs bei 3 in demselben Hause wohnenden Leuten, Carcinoma recti bei einem Manne, dessen Frau an Gebärmutterkrebs gestorben war. Auch über epidemisches Auftreten von Krebs berichtet F. Er selbst beobachtete z. B. in Oyonnax, das an den Ufern zweier kleiner Flüsse gelegen ist, 20 Krebserkrankungen in 6 Jahren. 13 der Kr. wohnten direkt an den Wasserläufen. Diese Beobachtung brachte F. auf den Gedanken, der Krebs könne vielleicht durch den Stich eines am Wasser lebenden Insektes hervorgebracht werden. Die sporadisch auftretenden Fälle erklärt er sich aus einer Uebertragung durch Insekten.

Dieser Gedankengang führt F. zur Aufstellung gewisser prophylaktischer Maassregeln, welche sich auf Reinhalten von Mund, Haut, Vagina, auf sorgfältige Behandlung kleiner Wunden und Contusionen (Blutegel zum Aussaugen des Krebsgiftes), die Anwendung kalter Duschen, das Einhalten einer vernünftigen Diät u. s. w. beziehen.

Er theilt 13 Beobachtungen mit, welche die Uebertragbarkeit des Krebses beweisen sollen. Zum Schluss berichtet er noch über Beobachtungen von Mathieu. Dieser behandelte in Cormarouche, in dessen Nähe ein grosser Sumpf gelegen ist, in 8 längs eines Baches gelegenen Häusern 10 meist verwandte Personen an Krebserkrankungen. Brückner (Dresden).

234. **Beiträge zur Histogenese des Carcinoms**; von Prof. Ribbert in Zürich. (Virchow's Arch. CXXXV. 3. p. 433. 1894.)

Vielgestaltig wie das Bild des Carcinoms sind auch die Anschauungen über seine Natur und Entwicklung; die neue Arbeit R.'s zeigt, dass eine Einigung wohl noch in weiter Ferne liegt. Sie bringt eine neue Version für die Auffassung der Stellung des Epithels und Bindegewebes im Carcinom und verschiebt den in den letzten Jahrzehnten gewonnenen Standpunkt, dass nämlich das Carcinom eine *Epithel*erkrankung sei, dahin, dass zwar die Epithelwucherung anerkannt, trotzdem aber doch dem Bindegewebe der Löwenantheil an der primären Entstehung eben dieser Wucherung zugesprochen wird. R. sucht darzuthun, dass der Anfang des Carcinoms in einer Bindegewebewucherung bestehe, welche zwischen die Epithelzellen vordringe und diese isolire. Indem die so vereinzelten und von Bindegewebe umschlossenen Epithelzellen, die an sich vollkommen normal sind, sich vermehren, entstehen Krebsalveolen, bez. bei

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

der Weiterverbreitung in Spalten u. s. w. Krebsstränge. Das Material für diese Anschauung lieferten eine Anzahl Fälle von Hautkrebsen frühester Stadien, welche nach der v. Gieson 'schen Methode (Hämatoxylin, Pikrinsäure — Säurefuchsin) gefärbt waren.

Zunächst betont R., dass bisher die Verhältnisse des Bindegewebes an der Epithelgrenze bei den Anfangsstadien der Carcinome zu wenig beachtet seien. Er fand regelmässig, am stärksten ausgeprägt bei Lippencarcinomen, eine neugebildete Zone zellenreichen Bindegewebes zwischen das Epithel und die tiefer liegenden, scharf abgrenzbaren Fasern des Cutisgewebes eingeschoben. Dies Gewebe hebt das Epithel in die Höhe und bedingt so das Vorspringen des Tumor über die Oberfläche. Es besteht aus grossen protoplasmareichen mehr oder weniger polygonalen, oder, an anderen Stellen, mehr aus lymphocytenartigen Zellen. Beide Zellformen sind nach R. im Wesentlichen identisch. Ausserdem finden sich mehrkernige Leukocyten in wechselnder Zahl, ferner ein feines Reticulum, in welchem bisweilen noch Reste der Fasern des alten Gewebes erkennbar sind und das aus jungen Gefässnetzen besteht. Bei zwei beginnenden Carcinomen der Haut des Handrückens und des Penis war diese Gewebeneubildung weniger deutlich ausgeprägt, aber doch vorhanden. R. leitet sie von einer diffusen Umbildung des alten Gewebes auf dem Wege der Karyokinese (nicht des Zellenerwachens im Sinne von Grawitz-Heidemann, vgl. Jahrbb. CCXLII. p. 83) ab.

Indem dies Bindegewebe nach der Oberfläche zu wächst, erhebt es das Epithel einerseits und veranlasst andererseits eine Verlängerung seiner interpapillären Zapfen (welche, wie R. anzunehmen scheint, in der Tiefe irgendwie fixirt werden). Hierin liegt der für R.'s Auffassung wesentliche Punkt: die Wucherung des Epithels geht anfangs nicht in die Tiefe gegen das Bindegewebe, sondern nur, wie normal, nach der Oberfläche zu; dass die gleichwohl vorhandene Verlängerung der Zapfen durch das Vordrängen des Bindegewebes veranlasst sei, schliesst R. aus der lang ausgezogenen Form der Epithelzellen, welche doch, wenn sie einem Widerstande entgegenwüchsen, eine andere Gestalt haben müssten, ferner aus der langgestreckten Form der Papillen mit ihren eben so langen jungen Gefässen und endlich aus der höckrig papillären Oberfläche des jungen Carcinoms, welches bei reiner Tiefenwucherung des Epithels doch glatt erscheinen müsste. Da gleichzeitig die Mitosen wie die Verdickung der Hornschicht auf ein stärkeres Wachsthum des Epitheles deuten, so erklärt R. die *gleichzeitige* Proliferation von Epidermis und Bindegewebe für charakteristisch für das beginnende Carcinom; die Bindegewebewucherung aber kann nach seiner Ansicht nie fehlen.

Das wuchernde Epithel, sei es nun mit normaler oder übermässig gesteigerter Wachsthumsenergie begabt (R. lässt diese Frage unentschieden, neigt aber zur Annahme *normaler* Energie), behält nun durchaus die typische Wachthumsrichtung, nämlich nach der Oberfläche zu, bei; R. bezweifelt das Vorkommen einer „atypischen" Richtung im Sinne eines Tiefenwachsthums, da auch bei entzündlich gesteigertem Wachsthum eine solche Umwandlung des Typus nicht vorkomme. Hieraus ergiebt sich die Frage, weshalb die weitere Entwickelung des Carcinoms nun doch zur Ausbreitung des Epithels in der Tiefe führt.

R. erklärt diese Erscheinung aus der Absprengung einzelner Epithelzellen durch vordringende, die Epithelzapfen durchsetzende, bindegewebige Zellen. Zu dieser Absprengung sollen schon Leukocyteneinwanderungen ausreichen, meist aber betheiligen sich die anderen Zellen des jungen Bindegewebes daran. In den Präparaten findet sich an den Rändern der Epithelzapfen eine derartige Verwirkung der Epithel- und Bindegewebezellen, dass an einem gegenseitigen Durchwachsen beider Gewebearten nicht gezweifelt werden kann. Das eigentlich vordringende Element sind auch hier wieder nicht die Epithelzellen, sondern die lebhaft proliferirenden Bindegewebeelemente; das physiologische Prototyp für den Vorgang ist die Durchsetzung des Epithels der Tonsillen u. s. w. durch Rundzellen (Stöhr). Dass letzterer Process nicht zur Carcinombildung führt, erklärt sich daraus, dass keine Epithelzellen isolirt werden und der Vorgang über normalem Bindegewebe abläuft.

Auf diesem Wege wird die Epithelzelle von Anfang an *metastatisch*. R. sieht keinen Gegengrund gegen die Annahme, dass in gleicher Weise durch die experimentelle Ueberpflanzung normalen Epithels in Bindegewebe ein Carcinom erzeugt werden könne, und glaubt also nicht, dass zur carcinomatösen Weiterwucherung der abgesprengten Zellen eine Verstärkung ihrer Wachsthumsenergie nöthig sei, wenn er auch eine solche Annahme nicht direkt zurückweist.

In Bezug auf das weitere Wachsthum der isolirten Epithelien hebt R. hervor, dass die Stränge und Alveolen häufig Bindegewebezellen einschliessen, welche auf ein Zusammenfliessen mehrerer Stränge zu einem, bez. in letzter Linie auf ein isolirtes Vorgehen der Epithelien in den Saftspalten des Bindegewebes schliessen lassen. Diese Bindegewebezellen können übrigens *durch die Epithelwucherung auch wieder erdrückt* werden, so dass z. B. ein zuerst isolirter Zellenhaufen wieder mit dem Zapfen, von dem die ersten Zellen ursprünglich abgesprengt waren, zusammenfliessen kann. Jene bindegewebigen Zelleinschlüsse innerhalb der Carcinomalveolen kommen um so eher zu Stande, als sich dem Carcinom häufig eine knötchenförmige Wucherung lymphadenoiden Gewebes an den verschiedensten Punkten, namentlich im Zusammenhang mit Gefässen, entgegenstellt, welches wie echte Lymphdrüsen die Aufgabe, bez. die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Fähigkeit hat, die angeschwemmten isolirten Carcinomzellen aufzufangen. Diese follikelähnlichen Bildungen entwickeln sich aus, in der Norm ganz spärlich vorhandenem, bisher übersehenem, adenoidem Gewebe (namentlich in der Umgebung der Gefässe) *wahrscheinlich in Folge der Aufnahme von Substanzen,* welche bei dem Untergang von Krebselementen resorbirt werden.

Trotzdem dass R. die (gewiss berechtigte) Vermuthung ausspricht, dass die anfängliche Bindegewebewucherung häufig mit dieser follikulären Wucherung identisch ist, hat er doch für die erstere nicht die Resorptionstheorie angewandt, sondern bezeichnet im Allgemeinen als Ursache derselben und damit also der ganzen Carcinomentwickelung *entzündliche Zustände.* Einen *parasitären* Ursprung dieser letzteren konnte R. allerdings nicht nachweisen, scheint denselben aber für durchaus möglich und nicht unwahrscheinlich zu halten.

An anderen Organen, als an der Haut konnte R. diese, die früheren Anschauungen so erheblich modificirenden Angaben wegen Mangels an Material noch nicht bestätigen, hält aber auch hier eine Epithelzellenabschnürung durch Bindegewebe für die wahrscheinliche Ursache der carcinomatösen Degeneration. Beneke (Braunschweig).

235. **Ueber die hyperplastischen Tumoren der Nebennieren**; von Dr. P. Manasse. (Virchow's Arch. CXXXIII. 3. p. 391. 1893.)

I. *Hyperplastische Tumoren der Rindensubstanz.*

Fall 1. Wallnussgrosser Tumor der linken Nebenniere, in engster Beziehung mit der Rindensubstanz. Bestand aus Nebennierenrindengewebe mit zum Theil starker Fettinfiltration; vereinzelte, besonders grosse, zum Theil mehrkernige Zellen. In den Zellen und ausserhalb derselben häufig helle, glänzende, homogene Kugeln, welche Weigert'sche Fibrinfärbung in verschiedenem Grade (Altersunterschiede) annahmen. Ausserdem, namentlich in den Venenwänden, Kalkkugeln. In die Venenlumina reichten häufig zapfenförmige Ansammlungen von Rindenzellen hinein, indem sie die Intima stellenweise durchbrachen; die rothen Blutkörperchen drangen bisweilen zwischen die Zellen hinein, und namentlich fanden sich sehr reichliche Leukocyten zwischen denselben. Starke perivaskuläre Leukocytose.

Fall 2. 74jähr. Mann. Kirschgrosser Tumor der rechten Nebenniere, der direkt in die Rindensubstanz überging. Auch mikroskopisch war die Grenze zwischen beiden nicht zu erkennen. Der Tumor bestand aus Rindenzellen und enthielt ausserdem eine Schicht sehr grosser ein- oder mehrkerniger, schlauchförmiger Riesenzellen. Bisweilen schienen mehrere Rindenzellen unter Schwund ihrer Conturen zusammenzufliessen. In den Venen knopfförmige Vorstülpungen von Rindenzellen; vom Veneninhalt waren letztere durch eine feine bindegewebige Hülle getrennt.

Fall 3. 82jähr. Frau. Hühnereigrosser Tumor der Nebenniere.

Fall 4. 50jähr. Frau. Kirschgrosser Tumor.

In beiden Fällen gleiche histologische Befunde wie in den früheren.

Die Entstehung der Riesenzellen leitet M. von dem Zusammenfliessen mehrerer Rindenzellen ab. Ihre Kerne waren bisweilen hypertrophisch. Auch in einer normalen Nebenniere fand M. derartige Riesenzellen, sogar noch grössere, als er in den Tumoren gesehen hatte.

II. *Hyperplastischer Tumor der Marksubstanz.*

Alte Frau. Die linke Nebenniere erschien als braunschwarzer Tumor, hühnereigross, stark schwammig. Am oberen Pol des Tumor ein Zipfel normalen Nebennierengewebes, welches in die den Tumor umhüllende Kapsel (= atrophischer Rindensubstanz) überging. Im Centrum des Tumor eine grosse Vene, um welche herum runde, mässig grosse Zellen vom Typus der Marksubstanzzellen lagen; nach der Peripherie zu erschienen alle Uebergänge bis zu grossen Riesenzellen. Reichlich eisenhaltiges, körniges Pigment im Bindegewebe. In manchen Zellen runde Hyalinballen. In den Venen überall Geschwulstzellen, darunter aber keine Riesenzellen; desgleichen in den Capillaren.

Der Tumor stellte eine Hyperplasie der Marksubstanz mit Ausschluss der nervösen Elemente dar, Ganglienzellen fanden sich nur vereinzelt.

Die in den Venen eingeschlossenen Zellen beweisen, dass bei den Nebennierentumoren regelmässig reichlich Geschwulstzellen in die Blutcirkulation gerathen. Beneke (Braunschweig).

236. **Ueber die Struktur der Nierenadenome. Ihre Stellung zu den Strumae suprarenales aberratae (Grawitz)**; von Dr. P. Sudeck in Würzburg. (Virchow's Arch. CXXXIII. 3. p. 405. 1893.)

S. vertritt die Ansicht, dass jene von Grawitz als versprengte Nebennierenadenome gedeuteten Geschwülste der Niere wenigstens zum grössten Theil *Nierenadenome* seien. Hierfür sprachen ihm 4 eigene Fälle.

Fall 1. 90jähr. Frau. Nephrit. chron. (granul.) In der rechten Niere ein höckeriger, gelber, abgekapselter Tumor, $8^1/_2 : 8 : 4^1/_2$ cm, durch viele Septa in einzelne Gruppen getheilt; die einzelnen Knoten weich, häufig hämorrhagisch. Mikroskopisch bestand der Tumor aus einem Stroma, welches fast nur aus Gefässwandungen zusammengesetzt war; die Capillaren erschienen zum Theil erweitert. Die Geschwulstzellen waren stark fetthaltig, die Kerne durchschnittlich grösser, als solche von Nierenepithelien; selten sah man neben dem Fett noch körnige Protoplasmareste. Die Zellen bildeten Complexe, welche mit einander communicirten. Sie bestanden meist aus zwei Zellenreihen; die einzelnen Zellen, welche bisweilen cylinderförmig waren, stiessen in der Mitte meist gegeneinander, selten fand sich ein Lumen. Intercellularsubstanz und Membrana propria fehlten. Stellenweise Nekrosen.

Fall 2. Kirschgrosser Tumor in einer Niere mit chronischer parenchymatöser Nephritis, weich, gelb; dünne Kapsel. Mikroskopisch fand man unregelmässig angeordnete, stark fetthaltige Zellencomplexe, ohne Lumina. An einer Stelle eine Gruppe von 30 Hohlräumen, welche Blut und Geschwulstzellen enthielten und von einschichtiger Lage cubischer oder platter Epithelien ausgekleidet waren.

Fall 3. Kirschgrosser Tumor in granulirter Niere, schwappend, gelb, in der Mitte schmutzig gelbroth. Die reihenförmig angeordneten Geschwulstzellen stark fetthaltig, kleiner als in Fall 1 und 2, auch die Kerne kleiner, als in normalen Nierenepithelien. Centrale Nekrose. „Regelmässigkeit in der Anordnung der Zellen selten; doch finden sich manchmal wandständige Zellen, welche ein deutliches Lumen bilden."

Fall 4. 66jähr. Frau. Granulirte Niere. Im oberen Ende der linken Niere höckeriger, abgekapselter Tumor,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

$3^1/_2 : 5 : 4$ cm, der von der Nierenkapsel bis zum Nierenbecken reichte; durch Septa in zahlreiche Einzelknötchen getrennt war. Mikroskopisch fand man ein fast nur aus Capillargefässen bestehendes Stroma und Geschwulstzellen, welche denjenigen der früheren Fälle im Allgemeinen und namentlich auch durch den Fettgehalt glichen. Hauptcharakter der Anordnung cystös-papillär. Manche strangförmige Partien glichen denen früherer Fälle; weiterhin fanden sich aber mit Cylinderepithel ausgekleidete Hohlstränge, welche netzförmig communicirten, sowie blutgefüllte Hohlräume verschiedener Grösse, in deren Inneres papillenartige Vorsprünge ragten; in den ältesten Partien auch grosse colloidgefüllte Hohlräume, ganz vom Aussehen einfacher Nierencysten.

In allen 4 Tumoren fand sich in den Septen glasig-hyalines Gewebe, welches nach S. aus den hyalin degenerirenden und kernlos werdenden Epithelzellen abzuleiten war. Wirklich bindegewebiges Stroma fand sich nur um die Capillaren herum.

Die scheinbaren Papillen des 4. Falles sind nach den Ergebnissen von Serien nicht wirkliche Papillen, sondern in das Lumen vorspringende Querleisten der Wand. S. fasst daher den betr. Fall mit Sicherheit als eine tubulös angelegte, mithin der Niere selbst entstammende Geschwulst auf. Wegen mannigfacher Aehnlichkeit desselben aber mit den Fällen 1—3, namentlich auch wegen des Vorkommens kleiner Cystchen, bez. des tubulären Baues in diesen, hält S. die letzteren gleichfalls für Nierenadenome, und zwar für ein Vorstadium der zuletzt beschriebenen Form. Die Ursache, weshalb nicht auch jene Fälle zur vollen Ausbildung kamen, sucht S. in dem Mangel festerer bindegewebiger Gerüstsubstanz, ferner in den durch Stauungen beschleunigten Zellverfettungen, wodurch die Lumina völlig ausgefüllt wurden. Erst wenn Blutungen das Lumen erweitern, bekommen die Zellen ihren eigentlichen cubischen Typus wieder.

Auch auf die in der Literatur neuerdings als Strumae suprarenales aberratae beschriebenen Nierentumoren dehnt S. seine Ansicht aus, namentlich wegen des Vorkommens kleiner, epithelbekleideter Hohlräume [1]).

Fall 5. 66jähr. Mann. Das obere Drittel der linken Niere von zahlreichen, erbsen- bis wallnussgrossen, gelben bis dunkelrothen Knoten eingenommen, welche durch schwielige Septa getrennt waren. Knoten im Nierenbecken, Venendurchbruch. Multiple Knoten im Hilusfettgewebe, welche sich nach der Nebenniere hin erstreckten, welche ganz in Geschwulstmasse eingelagert und kaum noch zu erkennen war. Massenhafte Lungenmetastasen, die Bronchen zum Theil von durchgebrochener Geschwulstmasse erfüllt.

Mikroskopisch: *Trotz der grossen Malignität handelte es sich um ein reines Nierenadenom* vom Typus des Falles 1. Grössere Wachsthumsenergie, Zellen seltener völlig verfettet; häufige Lumina im Innern der Zellenzüge. Nekrosen, Hämorrhagien. Stellenweise kurze scheinbare Papillenvorsprünge in die mit Blut und abgestossenen Zellen gefüllten Räume. Zwei pfefferkorngrosse Metastasen in der Nebenniere. Die Lungen-, Lymphdrüsen- und sonstigen Metastasen zeigten mehr die Anfangsstadien der Geschwulst, in welchen zunächst solide Zellgruppen angelegt wurden; dieselben wurden dann durch weite Capillaren durchsetzt, wodurch eine netzförmige Anordnung entstand; später wurden die Stränge dieses Netzes zu Schläuchen, zwischen denen Queranastomosen bestehen blieben. Demnach erschien in den Centren der (älteren) Knoten tubulöser Bau, in der Peripherie alveolärer, ebenso wie letzterer ausschliesslich die kleinsten Knoten bildete.

Ein derartiger Bau fand sich zum Theil auch in der Niere, und hier gelangte S. zu der Ueberzeugung, dass die Wucherungen, speciell die ersten strukturlosen Zellenschläuche, von den Harnkanälchenepithelien, welche ihre Membrana propria durchbrechen, abstammten. Die Knoten wachsen durch Einbeziehung immer neuer Harnkanälchen, und zwar solcher, welche *durch Compression zunächst geschädigt wurden.* Die ersten Anfänge entstehen multipel in der Umgebung des Haupttumor direkt aus Nierenepithel, nicht metastatisch, sind aber eben durch die Compression der betr. Harnkanälchen seitens des Haupttumor bedingt. Wahrscheinlich erkläre dieser Modus auch die Thatsache, dass auch andere Nierentumoren häufig aus einzelnen zusammengelagerten Knoten bestehen.

Die sogenannten *Adenome der Schrumpfnieren* hält S. nicht für wirkliche Tumoren, sondern für durch die Nierencirrhose bedingte ektatische Hypertrophien.

In einer kurzen Besprechung der Nierencarcinome der Würzburger Sammlung kommt S. endlich zu dem Schluss, dass die zwei Formen des Nierenkrebses (infiltrirende und knotige) insofern von einander geschieden werden müssen, als die infiltrirende von Anfang an aus atypischen Harnkanälchenwucherungen hervorgehe und polymorphe, nie cylindrische oder blasige Zellen bilde, während die knotige Form durch ihre Cylinderepithelzellen mit starkem Fettgehalt u. s. w. sich als Adenocarcinom, d. h. die bösartige Form der oben beschriebenen Adenome, darstelle.

Beneke (Braunschweig).

[1]) Hierbei wird auch ein Fall des Ref. herangezogen, in welchem „Hohlräume mit einschichtigem Epithel" beschrieben seien. Ref. protestirt gegen diese Auffassung des Vfs., da es sich in jenem Fall, wie die Beschreibung klar darlegt, um ein typisches *Sarkom* handelte. Meine abweichende Ansicht betreffs der Fälle 1—3 des Vfs. genauer zu begründen, ist hier nicht der Ort. Ich bemerke nur, dass ich darin mit Lubarsch, der die Ausführungen S.'s zurückweist, übereinstimme.

237. **Zwei Fälle von Adenosarkom der Niere**; von Dr. P. Sudeck. (Virchow's Arch. CXXXIII. 3. p. 558. 1893.)

Fall 1. 47jähr. Frau. Faustgrosser Tumor der oberen Nierenhälfte (rechts) abgekapselt, zum Theil weich, gelbweiss, zum Theil nekrotisch; Erweichungcysten. Die Nebenniere wurde von dem oberen, auch mit der Leber verwachsenen Rand des Tumor vollkommen eingeschlossen; weiterhin substituirte der Tumor den rechten Leberlappen und das anstossende Zwerchfell und durchsetzte von der Pleura her in grösseren Septen auch die Lunge.

Mikroskopisch erwies sich der Tumor als *Nierenadenom* (Schläuche, Alveolen mit Cylinderepithel, starker Fettgehalt der sehr grossen Zellen). Blutungen, Pigmentablagerungen. Endothelwucherungen der Gefässe; im Centrum des Knotens ging diese *Endothelwucherung*,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

unter gleichzeitiger Verkleinerung der Adenomzellen, in ein *Spindelzellensarkom* über. Leber- und Zwerchfellgeschwulst bestanden nur aus Sarkomgewebe.

Fall 2. 64jähr. Mann. In der *rechten* Niere ein kirschgrosser, weicher, gelber Tumor (reines Adenom mit durch Blutung ausgedehnten, mit Cylinderepithel bekleideten, weiten Alveolen und Schläuchen). Am oberen Theil der *linken* Niere ein mannsfaustgrosser Tumor, der die Kapsel durchbrochen hatte und mit der hinteren Bauchwand verwachsen war. Derselbe zeigte theils adenomatösen, theils carcinomatösen Bau; auch hier starke Entwickelung der Endothelzellen im Stroma, welche stellenweise Fascikel bildeten, welche durchaus sarkomatös erschienen. An manchen Stellen trat die carcinomatöse Zellbildung neben der sarkomatösen ganz zurück, der Bau war dann so unregelmässig, dass es schwer war, eine Zelle als Carcinom- oder als Sarkomzelle zu charakterisiren. Beneke (Braunschweig).

238. Beiträge zur Histologie der von Nebennierenkeimen ausgehenden Nierengeschwülste; von Dr. O. Lubarsch in Rostock. (Virchow's Arch. CXXXV. 2. p. 149. 1894.)

Die umfangreiche Arbeit behandelt hauptsächlich die Frage, welche Gesichtspunkte für die Diagnose, dass bestimmte Tumoren der Niere sich aus versprengten Nebennierenkeimen entwickeln, maassgebend sein müssen. L. bringt hierfür ein reichhaltiges neues Material, dem wir Folgendes entnehmen.

Fall 1. Tumor der rechten Nebenniere mit Uebergang auf die Niere. Kinderfaustgross, mit der Niere stark verwachsen; in letzterer mehrere subcapsuläre, gleichartig gebaute Tumoren. Im Wesentlichen entsprach der histologische Bau einem Angiosarkom: Zahlreichen dünnwandigen Blutgefässen, welche meistens von spärlichem Bindegewebe umgeben waren, sassen polygonale Geschwulstzellen reihenweise auf. Normales Nebennierengewebe fand sich nicht; reichlich erschienen Blutungen, auch kleine, Kernfarbstoffe aufnehmende zerstreute Körner, die auch nach der Russel'schen Methode sich färbten. In und zwischen den Zellen fanden sich reichlich Glykogenkörner.

Fall 2 54jähr. Mann. Mächtiger Tumor der linken Niere und Nebenniere, durch welchen beide Organe verbunden waren. Kleine Reste von Nebennierengewebe, die Niere noch im unteren Viertel erhalten. Der Tumor bestand aus erbsen- bis haselnussgrossen, gelblichen oder röthlichen, vorquellenden Knoten, derb fibrösen Septa, fibröser Kapsel. Geschwulstthrombose der VV. supraren. und renalis. Metastasen in der Schilddrüse, gleichfalls mit Venendurchbruch, ferner in Lungen, Lymphdrüsen, Pleura, Pankreas.

Mikroskopisch liess sich der direkte Uebergang von Nebennierengewebe in das Tumorgewebe stellenweise erkennen. Letzteres sah zum Theil dem Nebennierengewebe sehr ähnlich, enthielt zwischen dünnwandigen, oft sehr weiten Blutgefässen polygonale Zellen, stellenweise auch mehrkernige Riesenzellen in alveolärer Anordnung und in dichten Reihen. Im Haupttumor fanden sich stellenweise drüsenartige Anordnungen, welche in den Metastasen aber den eigentlich angiosarkomatösen vollkommen wichen. Innerhalb und zwischen den Zellen, nicht selten auch *in den Blutgefässen* (vielfach in weissen Blutkörperchen), colossale Mengen von Glykogenkörnern, deren Färbung, wie in dem 1. Falle, nach der Langhans'schen und der Weigert-Lubarsch'schen Methode, nicht aber auch der Lubarsch'schen Jodhämatoxylinmethode gelang. Die Methoden werden ausführlich mitgetheilt.

Fall 3. 52jähr. Mann (operirt). In der rechten Niere, im unteren Abschnitt, 9 bis gänseeigrosse grauweisse oder gelbe Tumoren, welche alveolär gebaut waren. Das Alveolenstroma enthielt feine dünnwandige Gefässe und nur sehr wenig Bindegewebe; die Alveolenmaschen wurden von epithelähnlichen Zellen mit grossem Kern und regelmässig feine Fettkörnchen haltendem Protoplasma gebildet; bisweilen fanden sich Riesenzellen. Mitosen nicht zahlreich, zum Theil asymmetrisch oder hypochromatisch. Reichlich Glykogen, ganz vorwiegend innerhalb der Tumorzellen, von denselben Reaktionen wie in den früheren Fällen. Unter der derb fibrösen Kapsel glich das Geschwulstgewebe genau dem Nebennierengewebe.

Die *Sektion* des bald nach der Operation verstorbenen Mannes ergab, dass die rechte Nebenniere normal war, in ihrer Nähe fanden sich versprengte Nebennierenkeime. Embolie der Lungenarterien. Bronchialadenome.

Fall 4. 64jähr. Fräulein, wegen eines rechtseitigen „Nierensarkom" operirt. Am oberen Pol der Niere sass ein aus mehreren Knollen zusammengesetzter höckriger, durch eine starke Bindegewebekapsel scharf begrenzter Tumor, 11:10:4 cm, von weicher Beschaffenheit, gelber, röthlicher oder grauer Farbe, zum Theil gallertig durchscheinend. Mikroskopisch ähnlich dem Fall 3, doch waren die Zellen und Alveolen grösser. Nekrosen, Verkalkungen. Reichlich Glykogen in den Zellen, spärlich zwischen denselben; Reaktionen desselben wie in den anderen Fällen. Durchbruch glykogenhaltiger Zellen in Venen.

Sektion: Rechte Nebenniere klein. Lungenödem, schlaffes Herz. Degeneration der linken Niere (Chloroform?).

Fall 5. 73jähr. Mann, ca. 2 Jahre lang unter unsicheren, auf einen Tumor in abdomine deutenden Symptomen krank; unter Athembeschwerden gestorben.

Sektion: Tumor im obern Drittel der rechten Niere, 7:7:3 cm; höckerig mit derber Kapsel, durch Septa in 4 einzelne Knoten getrennt, schwefelgelb bis gelbroth. Multiple Lungenmetastasen, Embolie und Thrombose in beiden Lungenarterien, zum Theil von schwefelgelber Farbe.

Mikroskopisch unterschied sich der Tumor wenig von den früher beschriebenen; er enthielt grössere Alveolen mit unregelmässiger Anordnung der Zellen, reichlich vielkernige Riesenzellen, aber auch kleinere mehrkernige Zellen mit besonders starkem Chromatingehalt. In manchen Alveolen waren die Zellen *hochcylindrisch.* Reichliche Mitosen. Glykogen in dem Nierentumor wie in allen Lungenknoten. Innerhalb der Thromben der Art. pulmon. Geschwulstgewebe; die Emboli stammten aus den Nierenvenen, in welchen Geschwulstdurchbruch mikroskopisch nachweisbar war.

Fall 6 u. 7 betreffen beide multiple Nierentumoren, welche in der Rostocker Sammlung als Nierenadenome aufgehoben wurden. Angaben über die zugehörigen Nebennieren fehlen.

Mikroskopisch bestanden die Tumoren aus einzelnen, durch Septa, welche bisweilen noch Nierengewebe enthielten, geschiedenen Herden; in ihrer Umgebung reichliche Leukocyten, Cylinder in den Harnkanälchen; Russel'sche Fuchsinkörper. Grosse polygonale Geschwulstzellen mit grossem Kern und hellem Protoplasma, welches dem granulirten der benachbarten Nierenkanälchen nicht gleicht. Glykogen reichlich in und zwischen den Geschwulstzellen. Die Zellen liegen in Doppelreihen, durch feine Bindegewebezüge von einander getrennt, durchaus nebennierenähnlich. Nirgends Beziehungen zum Nierengewebe nachweisbar.

Fall 8. Sammlungspräparat ohne genauere Bezeichnung. Wallnussgrosser, scharf abgekapselter Tumor. Mikroskopisch fand sich alveolärer Bau mit polygonalen oder annähernd cylindrischen Zellen und gefässreichem Stroma. Glykogen nicht nachweisbar. Genauere Untersuchung wegen der ungenügenden Härtung unmöglich.

Fall 9. 50jähr. Mann. Seit Jahren zeitweise Blutharnen und Schmerzen links neben der Wirbelsäule. Exstirpation der linken Niere.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Das Organ enthielt 10 kirsch- bis enteneigrosse Knoten, weich, schwefelgelb bis grauroth, abgekapselt.

Mikroskopisch glich der Gesammtbau den früheren Fällen; die Geschwulstzellen waren mehr platt oder polygonal, selten cylindrisch; die Kerne von verschiedenster Grösse, bis zu hyperchromatischen Riesenkernen. Selten Riesenzellen. Spärliche Mitosen (lebenswarme Fixation in *Flemming*'scher Lösung). Blutungen. Nekrosen. Sehr reichlich Glykogen in allen Tumortheilen ausser den nekrotischen, meist in grösseren Schollen und Klumpen. Leukocyten in den Capillaren. Verfettung der Nierenepithelien. Nahe der Grenze des Tumorgewebes ein kleines papilläres Nierenadenom mit glykogenfreien Zellen, deren Granulirung (Fixation und Färbung nach Altmann) mit derjenigen der Nierenepithelien übereinstimmte. *Die nach Altmann behandelten Tumorstückchen zeigten Fettkörnchen und dazwischen vereinzelte kleine Granula mit der specifischen Farbreaktion: im Wesentlichen das Bild, wie es die normale Nebenniere im Gegensatz zu anderen Organen aufweist.* [1])

Ueber die klinischen Eigenthümlichkeiten ergiebt die Zusammenstellung der genannten Fälle zunächst, dass der Verlauf ein sehr chronischer zu sein pflegt; es ist unsicher, wann die ersten klinischen Symptome auftreten; erschienen sie aber einmal, so erfolgt meist bald ein rascheres Wachsthum, bez. tödtliche Metastasenbildung. Die Operationen verliefen sämmtlich ungünstig. Aus dem Gesammtmaterial der Literatur (29 Fälle) berechnet L. eine besondere Disposition des männlichen Geschlechts (19:9), doch ist die Statistik noch nicht gross genug.

Häufig finden sich ausser den Tumoren noch anderweitig versprengte Nebennierenkeime. Charakteristisch für die Tumoren sind 1) die subcapsuläre Lage, 2) die Form multipler Knoten, 3) die gelbe Farbe, 4) die Weichheit, der lappige Bau, 5) die Neigung zu myxomatöser Erweichung, Nekrose, Blutung, 6) die Neigung zur Metastasenbildung durch Einbruch in die Venen, 7) der histologische Bau aus gefässreichem zartem Stroma, welches die Tumorzellen alveolenartig umschliesst. Letztere sind polygonal, seltener zum Theil cylindrisch, und enthalten neben Fett das Glykogen, das ausserdem auch frei oder an Leukocyten gebunden zwischen den Geschwulstzellen und den Blutgefässen gefunden wird. 8) In den Nekroseherden finden sich ausser Blutpigment besonders reichlich die für die *Karyorhexis* charakteristischen isolirten Chromatinkörnchen, deren Färbungsreaktionen darauf hinweisen, dass sie zum Theil Kernkörperchen entsprechen. 9) Die Geschwulstkapsel enthält, im Gegensatz zu anderen Nierentumoren, nur in sehr ausgebildeten Fällen Nierengewebereste; die äussere Fläche wird von der Nierenkapsel direkt gebildet, enthält daher niemals Nierenbestandtheile. 10) Beziehungen zu den Harnkanälchen sind nicht nachzuweisen.

Betreffs der histologischen Bezeichnung, ob Sarkome oder Carcinome, führt L. aus, dass weder das histogenetische Princip, noch das rein morphologische genüge, um eine sichere Einordnung derartiger Tumoren zu ermöglichen; hierzu müsse noch das *physiologische* Princip herangezogen werden. Dies Princip ist auch maassgebend für die Entscheidung der Frage, ob die betr. Tumoren von versprengten Nebennierenkeimen abstammen oder Adenome des Nierengewebes darstellen. L. entscheidet sich nach einer ablehnenden Besprechung der Arbeit Driessen's, nach welcher es sich um Endotheliome, und derjenigen Sudeck's, nach welcher es sich um Nierenadenome handle, für die Entwickelung der Tumoren aus Nebennierenkeimen. Hierfür sprach zunächst die Möglichkeit, die Kernkörperchen der Geschwulstzellen isolirt zu finden (Weigert'sche Fibrinfärbung, Russel'sche Methode); bei normalen Nebennierenzellen ist das Gleiche möglich, nicht aber bei Nierenepithelien, bez. Nierenadenomen. Ferner zieht L. die Uebereinstimmung der Granulastruktur der Geschwulstzellen mit derjenigen der Nebennierenzellen heran. Die Abweichung vom Typus der Nierenepithelien als einen Ausdruck eben der Geschwulsterkrankung oder, nach dem Ausdruck Hansemann's, der *Anaplasie* der Zellen aufzufassen, geht deshalb nicht an, weil die Erfahrungen L.'s bei bösartigen und noch mehr bei gutartigen Tumoren die auffallende Uebereinstimmung der Geschwulstzellen mit ihrem Mutterboden bei den verschiedensten Organen regelmässig constatiren liessen. Auch die Aehnlichkeit der betr. Tumoren mit wirklichen Nebennierentumoren, z. B. in Betreff der Verfettung, der Riesenzellbildung, der Neigung zum Venendurchbruch, und namentlich auch des Glykogengehaltes spricht für jene Annahme. Im Gegensatz zu jenen an Glykogen so reichen Tumoren wurde dasselbe von L. in 12 Fällen verschiedenartiger anderer Nierentumoren (darunter Adenome und ein Carcinom) regelmässig vermisst; nur ein wahrscheinlich embryonal angelegter Tumor (Myoliposarkom) enthielt Glykogen, aber dieses gab wieder, im Gegensatz zum Nebennierenglykogen, die Reaktion auf Jodhämatoxylin.

Ferner aber gelang es L., in embryonalen Nebennieren von Kaninchen und Meerschweinchen Glykogen nachzuweisen, welches ähnliche Reaktionen wie das Tumorglykogen gab (die Jodhämatoxylinreaktion gelang nur bei Benutzung alkoholischer Lösungen); ebenso fand es sich in gutartigen Nebennierenstrumen, auch in einer solchen, welche in die Niere versprengt war. L. ist der Ansicht, dass dies Glykogen in Beziehung stehe zu kleinen körnigen Gebilden, welche sich in der Nebennierenrinde durch die Weigert'sche und Russel'sche Methode nachweisen lassen, ähnlich wie auch in anderen Organen durch die Russel'sche Färbung solche Beziehungen echter Russel'scher Körperchen zum Glykogen nachweisbar seien. Diese Körner sind schon von Pfaundler zu

[1]) Die Ausführung dieser Untersuchung, auf deren Grundgedanken Ref. bereits früher (Beitr. z. pathol. Anat u. allg. Pathol. IX. 1893) hinwies, erscheint uns besonders erfreulich.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

einer Theorie der Nebennierenfunktion benutzt worden; L. erweitert diese Theorie dahin, dass *„die Nebennierenzellen die ihnen mit dem Blut- und Saftstrom zugeführten Stoffe zu einer eigenthümlichen, in der Glykogenbildung ihren Höhepunkt erreichenden Eiweissmodifikation umwandeln, wodurch aus dem Körper Material ausgeschaltet wird, welches an anderen Stellen (Haut und Schleimhäute) zur Pigmentbildung benutzt werden könnte und für den Organismus schädliche Wirkungen besitzt"*. Hierfür lasse sich einmal die Beziehung zur Broncekrankheit anführen; denn wenn auch nicht in allen Fällen eine Tuberkulose oder Aehnl. der Nebennieren nachweisbar sei, so liege darin noch kein Beweis dafür, dass nicht doch eine histologisch noch unerkannte Zellenerkrankung der Nebenniere vorliege. Zweitens glaubt L. zwischen Glykogen und Pigment eine Art Ausschliessungsverhältniss feststellen zu können, namentlich wegen der negativen Ergebnisse der Glykogenuntersuchung bei Pigmentsarkomen.

Endlich hält L. den Glykogengehalt der Nebennierentumoren in der Niere auch deswegen für diagnostisch bedeutungsvoll, weil er mit Langhans die Annahme theilt, dass gerade in solchen Tumoren, welche auf embryonale Keime zurückzuführen seien, das Glykogen besonders reichlich gefunden werde. Beneke (Braunschweig).

239. **Primäres Nebennierensarkom bei einem 9monatlichen Kinde**; von Dr. M. Cohn. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 11. 1894.)

Tumor der rechten Nebenniere, 13:5:8 cm, welcher die Niere nach unten drängte; in der Nierenrinde einige kleine Knoten; ferner Metastasen in der Leber und namentlich fast in sämmtlichen Rippen an der osteochondralen Grenze, desgleichen wahrscheinlich an mehreren Schädelknochen (Schädelsektion unterblieb). Nach Virchow's mikroskopischer Diagnose handelte es sich um ein Sarcoma medullare der Nebenniere, welches theils aus Rundzellen, theils aus unregelmässigen, eckigen, gedrückten, polygonalen Zellen mit grossen Kernen und vielfach mit Fettdegeneration bestand.

C. macht auf die Seltenheit der Nebennierensarkome aufmerksam und hebt namentlich die Lokalisation der Knochenmetastasen hervor, welche nach einem bestimmten Gesetz erfolgt zu sein scheine, da gerade die Punkte stärksten Knochenwachsthums betroffen waren.

Beneke (Braunschweig).

240. **Ueber Nebennierensarkome**; von Dr. Jores. (Sitzung d. Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkde. Bonn. Deutsche med. Wchnschr. XX. 9. 1894.)

I. 30jähr. Paralytiker. Die linke Nebenniere in einen faustgrossen Tumor mit centraler Erweichung verwandelt, in der rechten ein hühnereigrosser, mit scharfer Abgrenzung gegen das Organgewebe. Keine Broncefärbung. Je ein apfelgrosser (metastatischer) Tumor im rechten Frontal- und linken Hinterhauptlappen.

Mikroskopisch bestanden beide Nebennierentumoren aus kurzen kleinen spindelförmigen Zellen und spärlichem alveolären Stroma; letzteres ging direkt in das der Nebenniere über und ebenso sah J. stellenweise *direkten Uebergang der normalen Nebennierenzellen in Sarkomzellen*. Die Hirntumoren bestanden aus kleinen lymphoiden Zellformen.

II. Grosse Tumoren der beiden Nebennieren; Metastasen um die Nieren herum, ferner am Peritonaeum, im Mediastinum, Herzbeutel, Pankreas. Keine Broncehaut.

Mikroskopisch waren die Tumoren alveolär gebaut: zarte gefässreiche Maschen; runde, ziemlich kleine Zellen im Innern derselben. An manchen Stellen, unter Zurücktreten der alveolären Anordnung, *sarkom*artiger Bau. In der Peripherie Uebergänge in normales Nebennierengewebe.

J. benutzt diesen Fall um die Carcinomähnlichkeit dieser Sarkome zu demonstriren.

Beneke (Braunschweig).

241. **Embryonale Drüsengeschwulst der Nierengegend im Kindesalter**; von Prof. A. Döderlein u. Prof. F. V. Birch-Hirschfeld in Leipzig. (Centr.-Bl. f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane V. 1. 2. 1894.)

I. *Klinischer Theil* (Döderlein).

7jähr. Mädchen. Gesunde Familie. Vor ¾ Jahr Auftreibung des Leibes bemerkt; seit ¼ Jahr Abmagerung, Reizbarkeit; Leibschmerzen. Keine Urinveränderungen. Grosser, die ganze linke Bauchhöhle ausfüllender Tumor, die Mittellinie überschreitend.

Laparotomie in Aethernarkose (welche von D. für besonders empfehlenswerth erklärt wird, da gerade bei Kindern Chloroform viel schädlicher wirke). Das Colon descendens verlief an der medianen Kante des Tumor, nicht über ihm, wie bereits mehrfach bei Kindern beobachtet wurde. Am oberen hinteren Pol der Geschwulst lag die Niere, welche eben so wie der Ureter normal erschien. Glatte Heilung.

Statistisch stellt D. fest, dass von den bisher veröffentlichten 47 Fällen der gleichen Operation 40.4% unmittelbar im Anschluss an die Operation tödtlich verliefen. 10mal Shock (Chloroform?), 5mal septische Peritonitis, 1mal Verblutung aus den Nierenvenen, 1mal Carbolintoxikation, 1mal ausgedehnte Metastasenbildung, 1mal Darmocclusion. 54% der Kr. genasen zwar von der Operation, starben aber später an Recidiven (bez. der Ausgang war nicht mehr festzustellen). Nur 6.4% (3 Kr.) sind bisher ohne Recidiv geblieben; darunter waren 2 kleinere Sarkome (Israël) nur das dritte (Hans Schmidt) ein grösseres.

II. *Pathologisch-anatomischer Theil* (Birch-Hirschfeld).

Der Tumor entsprach der Kopfgrösse eines 5jähr. Kindes. Das untere Ende der Niere liess sich nicht von ihm trennen, die Nierenkapsel ging hier direkt in die Geschwulstkapsel über. Die Tumormasse war weichelastisch bis fast breiig, blassröthlich mit gelben Inseln (Nekrosen) und zwei hämorrhagischen Herden.

Mikroskopisch fand sich überall lebhaft wucherndes Drüsengewebe. Die dichtgedrängten Drüsenräume bildeten rundliche Hohlräume mit weitem Lumen und einschichtigem hohem Cylinderepithel; in weiterer Ausbildung zeigten sie rosettenartige Ausbuchtungen, seltener längliche schmale Kanäle. Manche Räume waren völlig von Epithel erfüllt, lumenlos; die Zellen lagen dann bisweilen so dicht, dass scheinbar eine ungeordnete Zellenanhäufung, ähnlich kleinzelligen Spindelzellensarkomen, vorlag, doch liess sich die epitheliale Entwicklung der betreffenden Stellen immer nachweisen. Im Centrum des Tumors war der Epithelbelag der weiten Räume niedriger, sogar abgeplattet, das Stroma stärker, fibrillär, stellenweise myxomatös; auch hier fanden sich durch Aus-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

füllung der Lumina mit Zellen rundzellensarkomartige Bilder. In der derbfibrösen Geschwulstkapsel und den gleichartigen Septen des Tumor fanden sich Züge glatter Muskelfasern, mit Uebergängen zu bandartigen Zellen von der Gestalt quergestreifter Muskelfasern, freilich ohne Querstreifung und Sarkolemma. Zwischen diesen Zellen lagen mehrfach längliche Protoplasmaballen mit ovalen zahlreichen Kernen.

Alle Zellen des Tumor waren frei von Fettdegeneration, dagegen fanden sich innerhalb mancher Drüsenräume Fibrinnetze und hyaline Ballen, welche bisweilen Kernreste einschlossen.

B.-H. bezeichnet den Tumor als *Adenoma myosarcomatosum*. Es ist kein papilläres Adenom (das Vorkommen echter Papillen gegenüber den Angaben Sudeck's wird von B.-H. für die papilläre Form des Nierenadenoms behauptet), auch kein Carcinom. Die in der Literatur als Carcinome, Adenocarcinome, sarkomatöse Carcinome u. s. w. beschriebenen Fälle zeigen aber viel Aehnlichkeit mit dem Tumor B.-H.'s, andererseits bestehen eben solche Beziehungen zu dem Myoma striocellulare der Niere, das wiederholt in sarkomartigen Formen, unter Beimischung von bald mehr, bald weniger Drüsenwucherung, beobachtet wurde. B.-H. fasst deshalb den grössten Theil jener theils als Carcinome, theils als Myosarkome beschriebenen Tumoren in eine einheitliche Gruppe als „embryonale Nierengeschwulst" zusammen, spricht ihnen die Bezeichnung als *Carcinome* ab, namentlich auch in Rücksicht auf die Art des Verlaufes, die Seltenheit des Uebergreifens auf benachbarte oder der Metastase in entfernte Organe, und leitet die Wucherung von *embryonalen* Drüsenanlagen ab, während das Carcinom im Gegensatz dazu von *fertigen* Drüsenelementen ausgehe. Für die embryonale Anlage spricht auch die Natur des sarkomartigen (= Jugendformen des Bindegewebes) Stroma. Den höchstentwickelten Typus der Gruppe repräsentirt das *Adeno-Myosarkom*.

Betreffs der Abstammung der Geschwulstelemente sieht B.-H. von der eigentlichen Niere ab, und greift die von Ambrosius für papilläre Nierenadenome ausgesprochene Theorie der Entstehung aus Resten des Wolff'schen Körpers auf. Hierfür spricht die nahe räumliche Beziehung des letzteren zur Nierenanlage, ferner der histologische Bau und die Analogie mit gewissen Hodentumoren, welche auch aus Urnierentheilen abgeleitet werden. Vielleicht erkläre diese Theorie auch das häufigere Vorkommen dieser Tumoren bei Mädchen, da beim weiblichen Geschlecht der Wolff'sche Körper ein gewissermaassen überschüssiges Organ darstelle. Eine direkte thatsächliche Begründung lasse sich freilich dieser Theorie einstweilen noch nicht geben.

Beneke (Braunschweig).

242. **Ueber das primäre Angiom der willkürlichen Muskeln**; von Dr. G. Muscatello. Pathol. Inst. Strassburg. (Virchow's Arch. CXXXV. 2. p. 277. 1894.)

M. vermehrt die spärliche Literatur über Muskelangiome durch Mittheilung dreier neuen Fälle und schliesst eine kurze Besprechung der ganzen Lehre über diese Tumoren an.

1) *Proliferirendes capilläres Angiom des Musc. trapezius*. 9jähr. Mädchen. Der als breitbasige, von normaler Haut überzogene Anschwellung erscheinende Tumor bestand angeblich erst kurze Zeit und hatte sich ohne nachweisbare Veranlassung entwickelt. Bei der Exstirpation erwies er sich als braunrother, mit gelben Streifen durchsetzter, nicht deutlich abgegrenzter Knoten innerhalb des Trapezius; der Muskel war nach allen Richtungen von bindegewebigen Bündeln und Zügen durchsetzt, welche sehr reichliche Gefässe führten, im Allgemeinen mit einem nicht mehr als sandkorngrossen Kaliber. Jede peripherische Kapselbildung fehlte.

Mikroskopisch war das Perimysium int. verdickt, die kleinen Arterien und Venen waren vermehrt, verdickt, sehr zellenreich. Im Centrum des Tumor enorme Vermehrung und Schlängelung der Capillaren, unter Auseinanderdrängung und Compression der Muskelfasern. *Venen* und *Arterien* zeigten eine geringe Verdickung der Media, vorwiegend ihres bindegewebigen Theiles; die Intima bestand aus polygonalen dicken Zellen mit dickem ovalen Kerne, oft mehrschichtig; Tunica int. elast. verdickt. Lumen im Verhältniss zur Wanddicke erheblich weit. Die *Capillar*wand bestand aus 2—3 Lagen geschwollener Endothelzellen mit Karyokinesen, letztere besonders in den jüngeren Partien. Knopfförmige kernhaltige Protoplasmavorwölbungen nach aussen deuteten auf eine Capillarwucherung durch *Knospung*. Die Lumina im Allgemeinen stark erweitert. Einige Capillaren waren dünnwandig, zeigten plattenförmiges Endothel und pralle Blutanfüllung.

Die Geschwulst zeigte also unzweifelhafte, lebhafte Gefässneubildung und ihre Eigenthümlichkeiten waren sämmtlich auf die rasche Wucherung der *Endothelzellen* zu beziehen. Eine lokale Blutdruckvermehrung lag nicht vor.

2) *Arterielles Angiom des Musc. quadriceps cruris*. 18jähr. Mädchen. Der taubeneigrosse, erst seit wenigen Monaten bemerkte Tumor sass mitten in der Muskulatur; makroskopisch im Allgemeinen dem ersten ähnlich, liess er schon mit blossem Auge zahlreiche kleine verdickte Arterien erkennen. Es handelte sich in der Peripherie des Tumor vorwiegend um Verdickung des Perimysium intern. um die sekundären Bündel herum; die Arterien waren daselbst sehr eng, mit stark verdickter Wand, die Capillaren zeigten Kernvermehrung. Im Centrum der Geschwulst drang die Neubildung zwischen den einzelnen Muskelfasern vor und brachte diese zuletzt zu völligem Verschwinden; die Capillaren bildeten kleine Knäuel und zeigten um die einschichtige Endothellage herum eine aus einigen Muskelzellen und namentlich Bindegewebe bestehende Wandung, sodass sie kleinen Arterien glichen; bisweilen fanden sich in ihrer Umgebung Rundzelleninfiltrate. Arterien und Venen zeigten bei sehr engem Lumen starke Verdickung der Media, und zwar sowohl der Muskel-, als der Bindegewebeelemente; die Intima zeigte verdicktes Bindegewebe, Längsmuskulatur und einschichtiges plattes normales Endothel. Die Verdickung war übrigens nicht an allen Gefässen gleichmässig, und auch bisweilen an demselben Gefäss nur partiell. Im interstitiellen Bindegewebe fanden sich bisweilen, namentlich in der Nähe der Adventitia verdickter Arterien, glatte Muskelfasern.

In diesem Falle war das Wesentliche die *Muskelneubildung*, welche nach Ansicht M.'s sich durchaus nicht als eine Folge gesteigerter Widerstände im Kreislauf deuten liess; die ausserhalb der eigentlichen Media gefundenen Muskeln fasste M. als Abkömmlinge der Mediamuskulatur (ausgewanderte Keime) auf.

3) *Venöses Angiom des Musc. serrat. anticus*. 28jähr. Mann. Faustgrosser Tumor, seit 5 Jahren langsam gewachsen, von normaler verschieblicher Haut bedeckt, streng im Muskel lokalisirt. Das dicke fettreiche Peri-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

mysium enthielt zahlreiche, bis 7 mm weite Blutgefässe, manche mit Thromben oder Phlebolithen. Die Gefässe waren dünnwandige Venen mit dünnem Endothel, leichtverdickter bindegewebiger Intima, dünner, bisweilen unterbrochener Muscularis und Adventitia. Einige arterielle Gefässe zeigten hypertrophische Muscularis. Capillaren zahlreich, stellenweise in leichter Wucherung.

Hiernach handelte es sich um ein venöses Angiom, bei dem die Dilatation der Gefässe (Schwäche der Wand durch Bindegewebewucherung auf Kosten der Muskelzellen?) die Hauptsache war.

Nach diesen eigenen und den in der Literatur beschriebenen Fällen theilt M. die Muskelangiome in capilläre, arterielle, venöse und cavernöse ein. Das Wachsthum ist langsam, oft fast symptomlos; in anderen Fällen besteht starke Schmerzhaftigkeit. Die Grösse ist meist gering; Pulsation fehlt meist an ausgebildeten Tumoren. Gegen Lipom entscheidet differentialdiagnostisch der Sitz, da Muskellipome höchst selten sind; gegen Sarkom nur der Verlauf. Beneke (Braunschweig).

III. Pharmakologie und Toxikologie.

243. **Einfluss von Chinin und Methylenblau auf lebende Malariaparasiten**; von Dr. H. Rosin. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 44. 1893.)

R. setzte frische, lebende Malariaplasmodien unter dem Mikroskope der Einwirkung einer Chininlösung (1:5000) und einer Lösung von Methylenblau (1:20000 physiologischer Kochsalzlösung) aus. Dabei stellte sich heraus, dass das Chinin auf die Beweglichkeit der Plasmodien auch nach langer Dauer (10 Std.) nicht den geringsten Einfluss hatte, während das Methylenblau sie nach kurzer Zeit für immer aufhob. Nach etwa $^1/_2$ Std. färbten sich die Plasmodien schön blau. R. ist der Ansicht, dass das Methylenblau im menschlichen Körper nicht als solches, sondern als reducirtes, farbloses Leukoprodukt seine Wirkung auf die Plasmodien ausübe. Diese kommt dadurch zu Stande, dass das Reduktionsprodukt bestrebt ist, den ihm entzogenen Sauerstoff wieder aufzunehmen.

Brückner (Dresden).

244. **Ueber die antimalarische Wirkung des Methylenblau**; von Prof. Karl Kétli. (Ungar. Arch. f. Med. II. 1. p. 1. 1893.)

Bei 5 an Wechselfieber Leidenden (3 mit Febris tertiana, 2 mit quotidiana) prüfte K. das vielfach empfohlene Methylenblau. In einem Falle übte es auf die Anfälle gar keine Wirkung aus, in den übrigen 4 Fällen wurden sie durch 1—2maliges Verabreichen von ca. 0.5 g ebenso unterdrückt wie durch das Chinin, doch war das *Methylenblau* trotz 8tägiger Weiterbenutzung nach dem letzten Anfalle *in keinem einzigen Falle im Stande, die Recidive zu verhindern,* während das Chinin in kürzerer Zeit gewöhnlich eine endgültige Heilung erzielt. Es musste daher in allen Fällen doch schliesslich zur Chininbehandlung übergegangen werden, da von dem Methylenblau weiter kein Erfolg erwartet werden konnte. Sonstige Uebelstände waren: Alle Kranken bekamen zumeist Brechreiz, Ekel, Erbrechen und Diarrhöe, 2 Kr. auch Brennen in der Harnröhre beim Uriniren.

Das Methylenblau scheint demnach dem Chinin in jeder Beziehung nachzustehen. H. Dreser (Bonn).

245. **Ueber subcutane Injektionen der Fowler'schen Arseniklösung**; von P. M. Popoff. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 1. 1894.)

P. fand in der Klinik von Prof. Sacharjin Einspritzungen von Sol. Fowleri unter die Haut bewährt in Fällen von schwerer Malaria. Er begann mit 4 Theilstrichen und stieg rasch bis zu einer ganzen *Pravaz*'schen Spritze. Er räth, nicht über 20—24 Einspritzungen hinauszugehen. Das Mittel wurde in dieser Weise vorzüglich vertragen und wirkte überraschend schnell und günstig. Bei der Verordnung der Lösung muss der Zusatz von Spir. Melissae weggelassen werden, um die Schmerzhaftigkeit der Einspritzungen herabzumindern.

Brückner (Dresden).

246. **Des avantages qu'il y aurait à pouvoir substituer l'apocodéine à codéine**; par L. Guinard. (Bull. de Thér. LXII. 32. Août 30. 1893.)

Erst vor Kurzem hatte G. gezeigt, dass das Apocodein keine brechenerregenden, wohl aber sehr werthvolle schlafmachende, erst in grossen Gaben krampfmachende Wirkungen habe. Jetzt theilt er nun einige mit dem Codein angestellte vergleichende Untersuchungen mit, welches schon Laborde (1873) u. A. wegen seiner giftigen Wirkungen nur mit grösster Vorsicht, wo möglich gar nicht anzuwenden, empfohlen hatten. Hiernach ist der Schlaf nach Codein nicht so ruhig, als nach Apocodein, ja es gehen ihm oft convulsive Erscheinungen voraus, die ganz ähnlich denen, nur heftiger und gefährlicher sind, welche man nach grossen Gaben von Apocodein erhält. Bei Fröschen sah G. ganz ähnliche Erscheinungen vor Beginn des Stupor auftreten, die sich bei grösseren Gaben von Codein bis zum Tetanus steigerten. Bei enthaupteten Fröschen treten diese Erscheinungen, umgekehrt wie beim Apocodein, beim Codein weit stärker und heftiger ein. Letzteres wirkt weit rascher tödtlich, als ersteres. Da die giftigen Wirkungen des Apocodein weit entfernt von der Grenze seiner therapeutischen Anwendung liegen, so würde dasselbe dem Codein bei weitem vorzuziehen sein; leider ist jedoch der Preis des reinen Apocodein ein hoher. O. Naumann (Leipzig).

247. **Die Aethernarkose**; von Prof. Garrè in Tübingen. (Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 1. 1894.)

Unter diejenigen Vertretern der deutschen Chirurgie, die seit längerer Zeit mit Wort und

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

That für die Aethernarkose eintreten, gehört in erster Linie G. Die vorliegende Abhandlung ist mehr zusammenfassend, und sei ganz besonders denen empfohlen, die sich ein klares Bild von der Aethernarkose verschaffen wollen. G. giebt zunächst einen kurzen geschichtlichen Ueberblick und schildert dann Technik und Verlauf, sowie im Anschluss hieran die physiologische Wirkung der Aetherinhalation.

Für den Praktiker von besonderer Bedeutung sind die Capitel über die bei der Aethernarkose vorkommenden üblen Zufälle und deren Verhütung, über den Tod durch Aether und die Statistik — „Die Statistik erklärt somit den Aether als das bedeutend weniger gefährliche chirurgische Narkoticum" —, sowie endlich über die Indikationen und Contraindikationen dieser Narkose. G. hebt hierbei ganz besonders hervor, dass kein Alter eine Gegenanzeige gegen die Aethernarkose abgiebt, dass vielmehr die Contraindikationen nur gegeben sind: 1) durch Erkrankungen der Luftwege (Bronchitis, pneumonische Erscheinungen, Lungeninfiltrate, Emphysem), sowie durch Compression der Trachea; 2) bei Operationen mit dem Glüheisen im Gesicht und am Hals wegen der Explosionsgefahr.

Bemerkungen über die gemischte Aethernarkose schliessen die äusserst lesenswerthe Arbeit.

P. Wagner (Leipzig).

248. **Ueber Pentalnarkose**; von Dr. P. Philip. (Arch. f. Kinderhkde. XVI. 3—6. p. 203. 1893.)

Ph. empfiehlt das Pental als unschädliches Betäubungsmittel bei Kindern auf Grund seiner im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause zu Berlin gesammelten Erfahrungen. Er sah keine üble Wirkung des Mittels, weder auf das Herz, noch auf die Nieren. Dagegen kann das Pental die Athmung gefährden. Ph. empfiehlt es daher nicht für die Tracheotomie.

Brückner (Dresden).

249. **Ueber die Wirkungen der Injektionen von Thiosinamin auf das Blut**; von Max Richter. (Wien. med. Wchnschr. XLIII. 28. 1893.)

R. untersuchte das Blut von 11 Kranken, welche mittels der von Hebra bei Lupus vulgaris mit sehr günstigem Erfolge angewandten Einspritzungen von Thiosinamin behandelt worden waren. Er gelangte zu folgenden Schlüssen: In der Regel tritt unmittelbar nach der Einspritzung eine Verminderung der weissen Blutkörperchen ein, in der nächst folgenden Zeit hingegen eine Vermehrung bis zur Norm oder darüber. Der Hämoglobingehalt nimmt dabei in der Regel zu.

Eine Heilwirkung des Mittels auf lupöses Gewebe konnte in keinem Falle beobachtet werden. In 2 Fällen von Corneanarben trat eine Zunahme der Sehschärfe ein, in einem Falle von Dermatitis und Narbenbildung am Unterschenkel nach Ulcus cruris anscheinend eine bessere Beweglichkeit; dagegen blieb der Erfolg aus in 2 Fällen von Lupus erythematosus, bei 3 Unterschenkelgeschwüren und einer Narbenstriktur der Harnröhre.

Wermann (Dresden).

250. **Ein Fall von Hautanästhesie nach subcutaner Injektion von Thiosinamin**; von Keitel. (Charité-Annalen XVIII. p. 639. 1893.)

Ein junger kräftiger Bäckerlehrling, welcher wegen einer hartnäckigen Psoriasis in die dermatologische Klinik des Prof. Schweninger aufgenommen worden war, erhielt Einspritzungen von Thiosinamin in 15proc. alkoholischer Lösung, wie sie H. v. Hebra zur Erweichung narbigen Gewebes, besonders bei Lupus, empfohlen hat. Von dieser Lösung bekam der Kr. zuerst 2 Theilstriche (= 0.03 Thiosinamin), dann wurde die Dosis in 3tägigen Zwischenräumen um 1 Strich gesteigert. Nach der 9. Einspritzung (0.165) traten Kopfschmerzen auf, Appetitlosigkeit, Brechneigung und Mattigkeit. Die Temperatur betrug 38.5°. Am folgenden Tage waren diese Erscheinungen wieder verschwunden, so dass die Behandlung fortgesetzt wurde. Nachdem die Dosis auf 0.225 gestiegen war — und zwar war die Einspritzung an der Streckseite des rechten Unterarms, 2—3 cm unterhalb des Condyl. ext. vorgenommen worden —, spürte der Kr. 6 Std. später ein Kriebeln an der Streckseite des Unterarms und bemerkte, dass er daselbst nichts fühlte. Die Untersuchung ergab eine vollständige Anästhesie der Haut in einer Ausdehnung von 14 cm : 5 cm; dieselbe schwand innerhalb 7 Tagen. Es handelte sich um eine Verletzung des R. cut. post. inf. des N. radialis. Vermuthlich war diese z. Th. direkt durch den Einstich, z. Th. durch die auf die Gewebe reizend wirkende Thiosinaminlösung veranlasst. Der Einfluss des Mittels auf den Rückgang der Psoriasis war ganz unverkennbar.

Wermann (Dresden).

251. **Conclusions thérapeutiques sur l'emploi du gallanol dans le psoriasis et l'eczéma**; par Cazeneuve et Rollet. (Lyon méd. XXV. 35. p. 574. 1893.)

Unter Bezugnahme auf ihre erste Mittheilung über das Gallanol und die gegen die Brauchbarkeit desselben erhobenen Einwände, halten C. und R. an ihrer Ansicht fest, dass das Gallanol sehr nützlich sei bei der Behandlung des Ekzems und der Psoriasis. Allerdings müsse man unterscheiden, da eine empfindliche Haut bei unzweckmässiger Anwendung des Mittels stark gereizt werden könnte; eine einfache Borsalbe führe alsdann die Heilung herbei. Für die Behandlung der Psoriasis empfiehlt sich folgende Form: Alkohol (93%) 50, Gallanol 10, Ammon. liq. 1. Bei inveterirter Psoriasis ist die Wirkung des Gallanols geringer, als die des Chrysarobin und der Pyrogallussäure; es ist aber nicht giftig und kann daher dem Kranken in die Hand gegeben werden; für die Behandlung der Psoriasis des behaarten Kopfes, des Gesichts und Halses ist das Gallanol sehr zu schätzen. Wermann (Dresden).

252. **Zur Chlorzinkanwendung**; von J. Düvelius in Berlin. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XVI. 46. 1892.)

Seit der Empfehlung durch Broese hat D. das Chlorzink bei Vaginakatarrhen, Erosionen und

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Endometritiden angewandt. Bedrohliche Blutungen, die er wiederholt nach Aetzungen der Portio vaginalis erlebte, und die tiefen Substanzverluste, welche man nach solchen Aetzungen beobachten kann, haben ihn neuerdings veranlasst, das Chlorzink intrauterin überhaupt nicht mehr anzuwenden und sich bei Aetzungen der Portio vagin. schwächerer Lösungen zu bedienen. Brosin (Dresden).

253. **Recherches pharmacologiques sur quelques uréthanes et sur la thio-urée**; par le Dr. Paul Binet. (Revue méd. de la Suisse rom. XIII. 9. 10. 1893.)

Als ein pharmakologisch bisher noch nicht untersuchtes Urethanderivat beschreibt B. das Acetylurethan, einen Körper, bei dem ein H-Atom der NH_2-Gruppe durch $-C_2H_3O$, die Gruppe Acetyl, vertreten ist. Eine irgend wesentliche Aenderung des pharmakologischen Charakters wird dadurch nicht bewirkt; wegen des Eintritts des Acetyls ist die Wirksamkeit im Vergleich zum Urethan, auf gleiche Gewichtsmengen bezogen, entsprechend geringer geworden.

Ueber die Wirkung des Thioharnstoffs bemerkt B., dass er Depression des Centralnervensystems und zunehmende Abschwächung der Herzthätigkeit herbeiführe. Beim Frosch kann der Depression ein kurzes Stadium tetanischer Erregung voraufgehen. Das Herz steht in Diastole still. Die peripherischen Nerven und Muskeln bleiben erregbar. Die tödtliche Dose beträgt für Meerschweinchen 0.66 auf 100 g Körpergewicht. Bei Säugethieren tritt der Tod im Collapszustand unter steter Abnahme der Körpertemperatur ohne Convulsionen ein. Spektroskopisch konnten Veränderungen des Blutfarbstoffs nicht wahrgenommen werden. H. Dreser (Bonn).

254. **Action physiologique de l'hydrazine**; par le Prof. Dario Baldi. (Arch. ital. de Biol. XIX. 3. p. 420. 1893.)

Das von Curtius zuerst im freien Zustande dargestellte Hydrazin $H_2N—NH_2$ zeigt in Form seines Bichlorhydrates folgende Wirkungen: 1 cg des Salzes tödtet ganz allmählich Frösche unter Verlust der spontanen und der Reflexbewegungen, aber ohne die Zeichen einer Narkose, lediglich dadurch, dass die Athmungs- und Herzbewegungen immer schwächer und unregelmässiger werden. Da bei direkter Anwendung des Hydrazinsalzes auf das Herz die schliesslich zum Stillstand führenden Coordinationstörungen seiner Thätigkeit nicht auftreten, erklärt B. sie sich analog den Respirationstörungen aus einer Einwirkung auf den Bulbus medullae. Während beim Frosch motorische Störungen sich nicht zeigen, treten krampfartige Zuckungen bei der Taube, beim Meerschweinchen schon auf, beim Hunde erscheinen schon richtige epileptische Krämpfe sowohl vom Bulbus medullae, wie von den psychomotorischen Regionen ausgehend.

Veränderungen des Blutes, etwa Methämoglobinbildung konnten niemals wahrgenommen werden. H. Dreser (Bonn).

255. **Ueber die Oxydation des Methyl- und Aethylalkohols im Thierkörper**; von Dr. Jul. Pohl. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXI. 4 u. 5. p. 281. 1893.)

P. beschreibt zunächst die Unterschiede zwischen der Vergiftung durch Methylalkohol und der durch Aethylalkohol. Während beim Aethylalkohol die Thiere (Hunde) nach mehrstündigem Schlaf erwachen, erholen sie sich nach Methylalkohol aus dem comatösen Zustand erst am 3. oder 4. Tage. Auch die chronische Methylalkoholintoxikation wurde viel rascher tödtlich; als einziger regelmässiger Sektionsbefund ergab sich eine starke Verfettung der Leber, deren Fettgehalt fast das Doppelte der Norm betrug. Die Fällungsgrenze beider Alkohole gegenüber Eiweisslösungen beträgt ca. 20%.

Ueber das *Schicksal des Methylalkohols im Körper* stellte P. fest, dass er als solcher *nicht in den Harn übergeht;* dagegen hatte die Menge der flüchtigen Fettsäuren erheblich zugenommen, und zwar fand sich *Ameisensäure* vor. Aus den mitgetheilten Versuchsprotokollen ergiebt sich eine Tage lang andauernde, allmählich sich steigernde, dann abnehmende Formiatausscheidung. Im Gegensatz zum Aethylalkohol ist beim Methylalkohol die Ueberführung in Kohlensäure minder vollständig, auch findet eine verspätete Ausscheidung des Zwischenproduktes Ameisensäure statt, welches in beträchtlicher Menge aus dem eingeführten Methylalkohol sich bildet.

Die pharmakologische Wirkung des Formaldehyds, die sich als sehr starke lokale und allgemeine Reizwirkung, besonders auf die Athmung, darstellt, widerspricht der Vermuthung, dass bei der Oxydation des Methylalkohols jemals beträchtlichere Mengen Formaldehyd als Zwischenprodukt auftreten. Wie der Methylalkohol, gehen auch Ester desselben, ferner Methylamin, das Additionsprodukt des Formaldehyds mit schwefligsaurem Natrium, Formaldehyd selbst im Körper zum Theil in Ameisensäure über. Nach Aethylalkohol, Aceton und anderen Derivaten der Fettreihe tritt dagegen im Harn keine Ameisensäure auf.

Digestionsversuche mit dem „Organbrei" von Muskel, Niere und Leber mit Methylalkohol und Formaldehyd ergaben, dass besonders die Leber die Fähigkeit besitzt, diese beiden Substanzen, in erhöhtem Maasse aber den Formaldehyd zu Ameisensäure zu oxydiren. Ameisensaures Salz wird von der isolirten überlebenden Leber nicht oder fast nicht angegriffen. H. Dreser (Bonn).

256. **A variety of curara acting as a muscle-poison**; by J. Tillie. (Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 1. p. 96. Oct. 1893.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Ein aus Antioquia in Neu-Granada (Südamerika) stammendes Pfeilgift bewirkte rasche und vollkommene Lähmung des Herzmuskels und schnell eintretende Starre der Skeletmuskeln, während die motorischen Nerven unbeeinflusst blieben. Es ist daher in der Wirkung völlig verschieden von dem gewöhnlichen Curare. Hefftер (Leipzig).

257. **Beitrag zur Frage der Peptonurie bei der akuten Phosphorvergiftung des Menschen**; von Dr. Wilhelm Robitschek. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 24. 1893.)

Obgleich bereits Frerichs das Vorkommen eines peptonartigen Körpers im Harn bei akuter gelber Leberatrophie angedeutet hatte und obwohl von C. Gerhardt, Schulzen, Senator, J. Petri u. A. bei verschiedenen Kranken der Harn auf Pepton untersucht worden war, war man hinsichtlich dessen Vorkommens, wegen der damals noch unzuverlässigen Methoden des Nachweises, durchaus nicht sicher. Eine grössere Sicherheit gewährten erst die Methoden von Hofmeister und Devoto-Huppert, deren sich Maixner und Jaksch bedient hatten. Auch R. wendete diese Methoden an, in einem von ihm näher beschriebenen, unter den bekannten Erscheinungen verlaufenen Fall einer akuten Phosphorvergiftung, welcher ein 19jähr. Mädchen innerhalb weniger Tage erlegen war. Hier fand sich nun thatsächlich in dem lichtbraunen, sauren, gallenfarbstoff- und eiweisshaltigen Harn von 1014 spec. Gewicht am 3. Tage nach dem Phosphor-Genuss (dem Aufnahmetag der Kr.) eine enorme Menge von Pepton. Die gleichzeitige Blutuntersuchung ergab 7450000 rothe und 8000 weisse Blutkörperchen in 1 cmm (= 931 : 1); am 4. Tage nach der Vergiftung war die Peptonurie schon bedeutend in Abnahme; das Blut enthielt 5400000 rothe und 800 weisse Blutkörperchen (= 645 : 1) und 1061 Dichtigkeit (Hämoglobingehalt nach Fleischl: 12.6 g). 52.5 davon (bis zum nächsten Tag im Eisschrank gehalten) wurden nach Devoto untersucht; die erhaltenen Biuretproben waren zum Theil nicht deutlich positiv, zum Theil zweifelhaft. Am 5. Tage nach der Vergiftung, bei unterdess noch mehr vergrössertem Leberumfang und erhöhtem Ikterus 6540000 rothe Blutkörperchen; in dem sauren eiweiss- und gallenfarbstoffhaltigen Harn (845 ccm) kein Pepton mehr. Am 6. (dem Todes-) Tage: rothe Blutzellen etwas blass, Leukocyten nicht vermehrt, keine Zerfallsprodukte; Blutkörperchenzahl 4700000; im (der Leiche entnommenen) Harn: ganze Rasen von verfetteten Blasenepithelien, granulirte Cylinder, kein Pepton.

Durch diesen sicheren Nachweis der Peptonurie werden die Beobachtungen Maixner's und Jaksch's bestätigt, nur dass im vorliegenden Falle die Menge der im Harn auftretenden Peptone nicht, wie M. schloss, gleichen Schritt hielt mit der Stärke der Erscheinungen und ebenso allmählich schwand, als die Heilung sich einstellte und der Stoffwechsel in seine regelmässigen Bahnen zurückging, sondern, dass die Peptone gerade zu der Zeit in enormer Menge auftraten, als die Desorganisation des Körpers, besonders der Leber, erst in der Entwickelung begriffen war und dann stufenweise schwand. Uebrigens zeigten sich in M.'s, wie in diesem Fall zahlreiche Hämorrhagien, und zwar in Pleura, Lungen, dem Perikardium, Peritonaeum und subcutanen Zellgewebe. In den anderen in der Klinik zur Sektion gekommenen Fällen von akuter Phosphor-Vergiftung, in welchen dergleichen reichliche Hämorrhagien sich nicht gezeigt hatten, hatte weder R., noch E. Münzer Pepton nachweisen können. Von grosser Wichtigkeit wäre natürlich ein gleichzeitiger Nachweis desselben im Blut. Angesichts der nicht zweifellosen Reaktionen bei so geringem Material kann R. diesen Nachweis als erbracht noch nicht ansehen.

O. Naumann (Leipzig).

IV. Neuropathologie und Psychiatrie.

258. **Ueber Morbus Basedowii.** (Vgl. Jahrbb. CCXLI. p. 134.)

A. Joffroy (Nature et traitement du Goître exophthalmique. Progrès méd. 2. S. XIX. 4. 10. 12. 13. 1894) hat eine Reihe von Vorlesungen über den Morbus Basedowii veröffentlicht, aus denen wir hier nur Einiges wiedergeben können (vgl. Jahrbb. CCXLI. p. 136).

Unter den Symptomen erwähnt J. die Ophthalmoplegia exterior. Er beschreibt eine Kranke, bei der sie seit 5 Monaten bestand; Ptosis fehlte und nach Elektrisirung des Orbicularis trat vorübergehend auffallende Besserung ein, trotzdem war kein Zeichen von Hysterie vorhanden. Dieselbe Kr. hatte eine Paraparese. J. hat wiederholt solche gesehen und zuweilen erinnerte der Zustand an die Ataxie der Tabeskranken (ohne dass Tabes bestanden hätte), besonders da das Kniephänomen fehlen kann. Einmal hat J. Tetanie-Anfälle bei einer Basedow-Kranken beobachtet, was theoretisch interessant ist. Wiederholt bestanden lange Zeit Husten und Fieber, so dass die Kranken für tuberkulös gehalten wurden; der Husten ist wohl auf eine mechanische Wirkung der Struma zu beziehen. Ausser den gewöhnlichen Durchfällen hat J. Zustände, die durchaus an Dysenterie erinnerten, gesehen. Auf der Haut sah er einmal einen masernähnlichen Ausschlag, es handelte sich um ganz kleine Purpuraflecken. Die Angaben des *Ref.* über die eigenthümliche Vertheilung des Oedems bei Morbus Basedowii bestätigt J.; bei einer seiner Kranken bestand in der Hüftgegend starkes Oedem, während die Knöchel fast frei waren.

Ueber die Widerlegung der älteren sogenannten Theorien und die Vertheidigung der Schilddrüsentheorie durch J. können wir hier hinweggehen und auf Früheres verweisen. Recht interessant sind seine weiteren ätiologischen Ausführungen. Er betont die Bedeutung infektiöser Krankheiten (Typhus u. s. w.), da diese Entzündungen der Schilddrüse hervorrufen können. Sehr wichtig sind die Beziehungen zwischen dem gewöhnlichen Kropfe und dem Morbus Basedowii. Beide bevorzugen die Weiber (nach Laycock waren unter 551 Kropfigen 26 Männer, nach Mitchell kommen auf 100 Kropfige 10 Männer). Beide sind

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

vererbbar und viele Basedow-Kranke stammen aus Kropf-Familien. Wiederholt hat J. Morbus Basedowii bei Schwestern, bei Mutter und Tochter gesehen. Eine hysterische Pat. Jaccoud's hatte 8 Töchter mit Morbus Basedowii und von den 5 Kindern der einen hatten wieder 3 Morbus Basedowii. Ebenso zahlreich sind die Familien, in denen neben einfachen Kröpfen bei einzelnen Gliedern Morbus Basedowii vorkommt. Eine Kr. J.'s, die an Morbus Basedowii starb und deren Schwester einfachen Kropf hatte, stammte von einer Mutter, die in der Jugend einen einfachen Kropf gehabt und erst später Morbus Basedowii bekommen hatte und deren Mutter Zeit ihres Lebens einen Cystenkropf gehabt hatte. Auch stammen viele Basedow-Kranke aus Kropfgegenden. Ferner entwickelt sich Morbus Basedowii oft bei Leuten, die seit langen Jahren einen einfachen Kropf tragen. Bei einer Pat. J.'s z. B. bestand der Kropf seit dem 6. Jahre und erst im 40. Jahre entwickelte sich eine vollständige Basedow'sche Krankheit. Auch kann bei vorher Gesunden durch Wochenbetten und Aehnliches ein Kropf entstehen, an den sich dann die Basedow-Symptome anschliessen. Endlich ist bemerkenswerth, dass die Schwangerschaft für die Entwickelung des Kropfes und die des Morbus Basedowii gleiche Bedeutung haben kann. Von Alters her ist es bekannt, dass in der Schwangerschaft oder nach der Geburt eine Struma entstehen oder wachsen kann. Wenn nun auch nach einer Schwangerschaft eine Besserung des Morbus Basedowii eintreten kann, so sieht man doch oft die Symptome während ihrer zunehmen und in der Regel wird der Zustand mit jeder Schwangerschaft schlechter. Eine Kr. J.'s hatte mit 19 Jahren geheirathet und in der 1. Schwangerschaft einen Kropf bekommen; während der 2. nahm er zu, während der 3. traten Palpitationen hinzu und in der 4. war der Morbus Basedowii fertig.

Bei der Behandlung empfiehlt J. die Bromsalze, Wasserbehandlung, Höhenklima und Elektrotherapie (besonders Behandlung des Halses mit starken Strömen). Die chirurgische Behandlung könne zunächst in Jodinjektionen in die Schilddrüse bestehen. Wie es scheint, hat J. damit keine eigenen Versuche bei Morbus Basedowii gemacht, auch sagt er nicht, wer es mit Erfolg gethan habe. Kropfoperationen hat nach J. bei Morbus Basedowii zuerst Hiron Watson 1873 ausgeführt. Im Uebrigen enthält die Besprechung der operativen Eingriffe nichts Neues.

Leop. Hirschberg (Ueber die Basedow'sche Krankheit. Wien. Klinik 2. u. 3. Heft. Febr.—März 1894) nennt seine Arbeit eine „historisch-kritische Studie". Er bespricht zunächst die ältere Geschichte des Morbus Basedowii, giebt dann von jedem Symptome an, was die Autoren und welche Autoren darüber berichten, erörtert „Theorien und pathologische Anatomie", wobei er die Auffassung Sattler's für die beste erklärt, und die Therapie. Den Schluss macht ein historisches Literaturverzeichniss, das 737 Nummern enthält. Die Abhandlung, die zum Ausziehen nicht passt, ist mit grossem Fleisse gearbeitet, wenn auch kleine Versehen nicht fehlen. Ihr Nachtheil ist ein Mangel der übersichtlichen Anordnung, manche Erscheinungen, z. B. die geistigen Störungen, werden im theoretischen Capitel besprochen, zahlreiche Einschiebungen unterbrechen die Darstellung. Jedoch wiegen diese Bedenken nicht schwer; will sich Jemand rasch über die Literatur unterrichten, nachsehen, wer diese oder jene Aeusserung über Morbus Basedowii gethan hat, so kann er H.'s Arbeit mit Vortheil brauchen.

Die Abhandlung G. Buschan's (Die Basedow-Krankheit. Wien 1894) ist noch nicht in die Hände des *Ref.* gelangt.[1]) Die Besprechung des Morbus Basedowii, die derselbe Autor in der 3. Auflage der Realencyklopädie Eulenburg's geliefert hat, giebt zu besonderen Bemerkungen keinen Anlass.

Karl Grube (Zur Aetiologie der Basedow'schen Krankheit. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 5. 1894) ist der Meinung, der Morbus Basedowii entstehe durch Infektion. Er ist auf diesen Gedanken durch die Beobachtung einer Kranken gebracht worden, bei der die Krankheit, mit Glykosurie und Lymphdrüsenschwellung verbunden, in etwa 6 Wochen zum Tode führte. Woher „die Infektion", deren Gift nach G. direkt auf die Oblongata wirken soll, komme, wird nicht gesagt.

P. Marie's (Sur la nature de la maladie de Basedow. Mercredi méd. Févr. 28. 1894) Ansicht geht dahin, dass beim Morbus Basedowii das Erste eine Störung des Nervensystems (une affection ou tout au moins un trouble du système nerveux [grand sympathique??]) sei, die eine gesteigerte Thätigkeit der Schilddrüse und damit oder durch diese die meisten Symptome des Morbus Basedowii bewirke. Die „Hyperthyroidation" allein scheine nicht alle Symptome hervorzurufen, denn man habe bei Behandlung von Kranken mit Schilddrüse weder Exophthalmus, noch Graefe's Zeichen beobachtet. Ebenso spreche gegen die alleinige und primäre Bedeutung der Hyperthyroidation die Aetiologie: die Wirkung des Schreckens u. s. w. [schon vorher vorhandene Erkrankung der Schilddrüse?]. Bemerkenswerth sei, dass man nicht allzuselten Morbus Basedowii mit Tabes beobachte. Sei da nicht anzunehmen, dass wie bei der Tabes, so auch beim Morbus Basedowii die Veränderung des Nervensystems das Erste und die Hypersekretion der Schilddrüse so sekundär sei, wie die Sialorrhöe und andere Hypersekretionen bei Tabes. Immerhin müsse ein grosser Theil der Basedow-Symptome von der übermässigen Thätigkeit der Schilddrüse abgeleitet werden und es sei die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii durch Resektion der Schilddrüse u. s. w. durchaus zu empfehlen.

---

[1]) Anmerkung während der Correktur. Das Buch ist soeben eingetroffen.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

James J. Putnam (Recent observations on the functions of the thyroid gland and the relation of its enlargement to Graves's disease etc. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 7. 1894) ist der Meinung, dass man zur Zeit noch nicht berechtigt sei, die krankhafte Thätigkeit der Schilddrüse als ausreichende Ursache der Symptome des Morbus Basedowii anzusehen. Er stellt seine Bedenken in 11 Sätzen zusammen.

Vandervelde und Le Boeuf (Le goître dans la maladie de Basedow. Journ. de Méd. etc. de Bruxelles LII. 9. 1894) haben in 3 Fällen von Morbus Basedowii die anatomische Untersuchung angestellt. In keinem wurden bei mikroskopischer Untersuchung wesentliche Veränderungen des Nervensystems gefunden, nur 1mal capillare, frische Blutungen am Boden des 4. Ventrikels und 1mal ein kleines Sarkom in der Hirnrinde. Genauer wird über den Zustand der Schilddrüsen berichtet.

I. Die 170 g schwere Drüse war hart. Die meisten Acini waren entartet; bei normalem Zwischengewebe bestand das Parenchym fast ganz aus kleinen Cysten, deren Epithel oft schleimig entartet war. Zum Theil freilich waren die Drüsenzellen erhalten.

II. Die mit verdickter Kapsel versehene Drüse hatte die Luftröhre verengert, sie sah auf dem Durchschnitte gelb aus und enthielt viele kleine Blutungen. Manche Acini waren unversehrt, manche enthielten gelb pigmentirte Zellen oder schleimig entartete Zellen. Viele ganz kleine Cysten waren vorhanden.

III. Bei der Kr. hatte Dr. Lavisé die Arterien der Drüse unterbunden. Nach vorübergehender Verkleinerung der Drüse war die Krankheit schlimmer geworden und hatte die Pat. in 3 Monaten getödtet. Das Zwischengewebe der Drüse war mit Fettzellen durchsetzt. Keine Cysten. Die Acini enthielten meist nur entartete Parenchymzellen.

Die Vff. meinen, es gebe keine dem Morbus Basedowii eigene Struma. Es handele sich auf jeden Fall nicht um einfache Hyperplasie, sondern um Degeneration der Drüse.

H. Fraenkel (Wien. med. Presse XXXV. 7. p. 265. 1894) stellte eine an Morbus Basedowii leidende 43jähr. Kr. vor, deren Vater und Schwester ebenfalls an Morbus Basedowii gelitten hatten, deren Mutter hysterisch, deren andere Schwester geisteskrank war, die ein hydrocephalisches, ein diplegisches, blödsinniges, ein an Lebensschwäche früh verstorbenes und ein gesundes Kind geboren hatte.

G. Angiolella (Contributo allo studio del morbo de Basedow. Il Manicomio moderno Nr. 12. 1893. Ref. im Centr.-Bl. f. Nervenhkde. XVI. p. 160. 1894) hat bei einer 48jähr. Basedow-Kranken, die Paraplegie mit Steigerung der Sehnenreflexe ohne Anästhesie gehabt hatte, die anatomische Untersuchung machen können.

„Das Rückenmark zeigte eine dorsale Myelitis, sowie auch in den übrigen Theilen leichte Entzündungserscheinungen." Die Oblongata war normal. Die Struma bestand in starker „parenchymatöser Degeneration", ohne Gefässwucherung.

Vorster (Ueber den Hämoglobingehalt und das specifische Gewicht des Blutes bei Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 753. 1894) beschreibt eine 39jähr. Frau mit Morbus Basedowii, deren Schwester ebenfalls an Morbus Basedowii litt. Besonders auffallend war die dunkelgraue Farbe der Haut an Gesicht, Händen und Füssen. Die Kr. war schwachsinnig und hatte zeitweise Sinnestäuschungen und Aufregung. Ueber den früheren Verlauf wird nichts gesagt. Bei der Blutuntersuchung zeigte sich der aus der Fingerstichwunde hervortretende Blutstropfen „blasschokoladenfarben". Das specifische Gewicht betrug 1.031, der Hämoglobingehalt 22%, die Zahl der rothen Blutkörperchen 1844000.

V. erwähnt, dass Oppenheimer (Deutsche med. Wchnschr. XV. 42. 1889) normale Werthe des Blutes bei Morbus Basedowii gefunden habe, dass er selbst bei einem 42jähr. Kr. mit Morbus Basedowii normale Werthe (specifisches Gewicht 1.057, Hämoglobingehalt 95%) gefunden habe, und fragt sich, ob etwa die Pigmentirung der Haut mit der Herabsetzung der Blutwerthe in Verbindung stehe.

Henri Brunet (Dégénérescence mentale et goître exophthalmique. Thèse de Paris 1893) sucht als ein Schüler Joffroy's nachzuweisen, dass die bei Morbus Basedowii beobachteten geistigen Störungen nicht Symptome des Morbus Basedowii, sondern Ausdruck der Entartung seien. In den meisten Fällen handle es sich um erblich Entartete, bei denen Morbus Basedowii und Geistesstörung neben einander bestehen. Manchmal sei der Morbus Basedowii Gelegenheitsursache, wie etwa eine Pneumonie oder eine andere Organkrankheit seelische Störungen bei Entarteten auslösen könne. Es sei dann die Vergiftung des Organismus durch die abnorme Funktion der Schilddrüse die nächste Ursache der Gehirnsymptome. Auch könne durch Erkrankung der Schilddrüse bei Nicht-Entarteten Morbus Basedowii entstehen. [Fasst man sowohl die Seelenstörungen, als die „Neurose" Morbus Basedowii als coordinirte Zeichen ererbter Entartung auf, so bleibt man consequent. Erkennt man aber, wie es Joffroy und seine Schüler thun, die exogene Natur des Morbus Basedowii, als einer Schilddrüsenkrankheit, an, so ist kein Grund mehr da, die Existenz einer „Basedow-Psychose" von vornherein zu bestreiten. Es ist gar nicht einzusehen, warum das Gift, das den Morbus Basedowii hervorruft, nicht auch ohne Entartung die den seelischen Thätigkeiten dienenden Gehirntheile schädigen und seelische Störungen, so gut wie andere Gifte es thun, bewirken soll. *Ref.*]

Vf. theilt ausführlich 33 Beobachtungen mit und theilt sie in folgende Gruppen: 1) Morbus Basedowii und Stigmata der Entartung, 2) Morbus Basedowii und Paranoia der Entarteten, 3) Morbus Basedowii und maniakalische Zustände, 4) Morbus Basedowii und melancholische Zustände, 5) Morbus Basedowii und Melancholie, die mit Manie wechselt, 6) Morbus Basedowii und „délire primaire, multiple, polymorphe sans tendance évolutive", 7) Morbus Basedowii und Delirium acutum. Die 6. Gruppe enthält ganz verschiedenartige Zustände, hallucinatorische Verwirrtheit, Aufregungzustände bei Entarteten u. A. Unter 7) führt Vf. nur 2 Beobachtungen an (von Robertson u. von Boedecker). Er gesteht selbst zu, dass es sich hier nicht um degeneratives Irresein handelte, und sieht sich zu der gezwungenen Erklärung veranlasst, es habe ein zufälliges Zusammentreffen stattgefunden.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

In Vfs. Casuistik sind 2 neue Fälle.

IV. Ein 25jähr., von der Mutter her nervös belastetes Mädchen hatte als kleines Kind an Krämpfen gelitten, hatte in den ersten Jahren der Pubertät während der Periode Wuthanfälle gehabt, während der Schwangerschaft triebartig gestohlen und gekauft, war mit 20 Jahren 6 Monate lang irre gewesen, hatte bei fieberhaften Erkrankungen stark delirirt und fast bei jeder Menstruation Visionen gehabt. Wann die Zeichen des Morbus Basedowii sich entwickelt hatten, wird nicht gesagt. Die Untersuchung ergab ausser jenen grosse Reizbarkeit und Symptome der Hysterie (Anästhesie, Diplopia monophthalmica).

X. Ein 49jähr. Rechnungsbeamter, dessen eine Schwester „nervös" war, während die anderen Verwandten keine nervösen Störungen hatten, der seit 14 J. an Gesichtsschmerzen litt, im Uebrigen ein ruhiges, arbeitsames Leben geführt hatte, hallucinirte seit 8 Monaten. Er hörte die Leute über ihn reden, meinte, er werde elektrisirt, und hielt sich für verfolgt. Ausser der Paranoia wurden im Krankenhause die Symptome des Morbus Basedowii gefunden. Der Kr. gab an, sein Hals sei seit 13 J. dicker geworden, seine Augen seien erst seit einigen Wochen vergrössert. Erkundigungen ergaben jedoch, dass der Exophthalmus seit wenigstens 12 J. bestand.

Leonidas Timotheeff (Ueber die Complikation des Morbus Basedowii mit der Tabes dorsalis. Inaug.-Diss. Berlin 1893. Referirt im Neurol. Centr.-Bl. XIII. 7. 1894) beschreibt 2 Kr., die in Mendel's Poliklinik beobachtet worden sind.

I. Eine zur Zeit 49jähr. Frau war vor 6 J., angeblich aus Kummer über den Tod einer 16jähr. epileptischen Tochter, mit Herzklopfen, dann mit Schmerzen und Parästhesien in den Beinen, Schwindel erkrankt. Ausser den Zeichen der beginnenden Tabes fand man Zittern der Hände, Stellwag's und Graefe's Zeichen, Tachykardie mit Verbreiterung der Herzdämpfung, Reizbarkeit, starkes Schwitzen.

II. Eine 51jähr. Frau litt seit 6 J. an Tabes-Symptomen. Man fand Tachykardie mit Verbreiterung der Herzdämpfung und Spitzengeräusch, Exophthalmus, weite starre Pupillen, Graefe's Zeichen, „beschränkte Beweglichkeit der Bulbi", Abweichen der Zunge nach rechts und Parese des rechten Mundfacialis, Struma, Zittern, Schwitzen, Durst, Reizbarkeit, ausserdem die gewöhnlichen Tabeszeichen.

Nach der Revue Neurol. (II. 6. p. 178. 1894) hat Egaroff (Un cas de maladie de Basedow. Gaz. des Hôp. de Botkine 1893. Nr. 49) einen Sektionsbericht veröffentlicht.

Die 43jähr. Kr. hatte ausser Morbus Basedowii Symptome, die auf ein Aortenaneurysma deuteten, gehabt: heftige Schmerzen in der Brust mit grosser Empfindlichkeit der Haut und der tieferen Theile, Schlingbeschwerden. Der Schmerz steigerte sich in Anfällen. Dann trat Dämpfung auf der rechten Seite der Brust auf, die Kr. verfiel und starb.

Es wurden gefunden: rechts hämorrhagisches Pleuraexsudat, Vergrösserung des Herzens ohne Veränderungen der Coronarien, geringe Erweiterung der Aorta, derbe Struma.

Ebenda wird über eine Arbeit Souroukhi's berichtet (Contribution á l'étiologie de la maladie de Basedow. Rec. consacré au prof. Obolenski. Kharkow 1893).

S. hat von einem 20jähr. Mädchen erzählt, die die Hauptsymptome des Morbus Basedowii und beträchtliche Verdickung der Nasenschleimhaut hatte. Nach Brennen der letzteren verschwanden alle Symptome.

Joseph Sickinger (Zur operativen Behandlung der Struma bei der Basedow'schen Krankheit. Inaug.-Diss. Strassburg, ohne Jahreszahl) theilt folgende Beobachtung Lücke's mit.

Ein 24jähr., nervös belastetes Mädchen litt seit 6 J. an Morbus Basedowii, der nach grossen Anstrengungen und Aufregungen begonnen hatte. Zittern, Herzklopfen, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen. Nach Besserung Verschlimmerung des Zustandes durch die Influenza vor 4 J. Exophthalmus, Struma, allgemeine Schwäche.

Die Kr. war gut ernährt. Beiderseits Exophthalmus und Graefe's Zeichen. Mässige derbe Struma mit Pulsation. Palpitationen (130) mit Vergrösserung der Herzdämpfung. Viel Durst, Schwitzen, Zittern.

Am 28. Nov. 1892 wurde der grössere rechte Lappen der Schilddrüse entfernt. Während der Narkose 160 Pulse, nachher 120. Eine halbe Stunde nach der Operation trat zunehmende Athemnoth ein, 200 Pulse, starkes Rasseln über der Lunge, besonders rechts, Unfähigkeit, auszuhusten, Flüsterstimme, grosse Angst und starker Durst. Der besorgnisserregende Zustand hielt bis zum folgenden Tage an. Dann wurden Gesicht, Hände und Füsse stark cyanotisch, die Athemnoth aber nahm ab. Allmähliche weitere Besserung. Geringe Temperatursteigerungen. Am 5. Dec. 100 Pulse, 24 Athemzüge, bessere Stimme.

Bei der Entlassung am 22. December hatte die Kr. 96—100 Pulse, der Morbus Basedowii war im Uebrigen wie vor der Operation.

Nach 3 Mon. hatte der Exophthalmus abgenommen, der Strumarest war etwas kleiner geworden, das Gefühl des Herzklopfens war geringer, aber die Tachykardie (140) bestand noch.

Die beängstigenden Erscheinungen nach der Operation führt Vf. auf Reizung der Recurrentes zurück, wie es Wölfler u. A. in ähnlichen Fällen gethan haben. Er räth zur Operation bei Morbus Basedowii, wenn die Struma auch Athemnoth bewirkt. Sonst möge man vorerst die medicinische Behandlung versuchen.

Stockmann (Beitrag zur operativen Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Deutsche med. Wchnschr. XX. 6. p. 141. 1894) unterband bei einer Kr. die Schilddrüsenarterien mit gutem Erfolge.

Ein 26jähr. Mädchen hatte vor 8 J. Anschwellung des Halses, dann Herzklopfen und zunehmende Reizbarkeit an sich bemerkt. Allmählich hatten sich die übrigen Zeichen des Morbus Basedowii eingefunden.

Die Kr. war mager (45 kg), weinerlich, zitterte. Exophthalmus. Strabismus divergens. Knollige Struma (36 cm), über der lautes Sausen und Schwirren gehört wurde. Vergrösserung der Herzdämpfung. Puls 125. Schwere stenokardische Anfälle.

Nach erfolgloser innerer Behandlung wurden zunächst die oberen Schilddrüsenarterien unterbunden. Nach 8 Tagen war der Puls auf 90 herabgegangen, das Allgemeinbefinden war gut; keine Anfälle mehr. 17 Tage später Unterbindung der unteren Arterien. Die Schilddrüse schwoll ab, war nicht mehr knollig. Das Körpergewicht stieg. Die Menstruation trat wieder ein.

Nach weiteren 4 Wochen schwoll der linke Lappen der Drüse wieder an, ohne dass das Befinden sich verschlechtert hätte. Der Sicherheit wegen wurde, 3 Mon. nach der 1. Operation, der linke Lappen exstirpirt („Colloidstruma").

Die Besserung schritt fort, die Kr. wurde wieder arbeitfähig. Sie wog bei der Entlassung 67 kg.

Wie Meschede in der Verhandlung mittheilte, ist die Pat. als Wärterin angestellt worden und kann ihren Dienst gut versehen. Ob noch Symptome vorhanden sind, wird nicht gesagt.

L. Rehn (Ueber Morbus Basedowii. Deutsche med. Wchnschr. XX. 12. 1894. Vgl. Jahrbb. CCXL.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

p. 150) erinnert daran, dass er schon vor 10 Jahren auf die Abhängigkeit des Morbus Basedowii von der Erkrankung der Schilddrüse hingewiesen habe. Allerdings erfordert es die Gerechtigkeit, dieses Verdienst R.'s anzuerkennen. Er hatte damals (Berl. klin. Wohnschr. XXI. 11. 1884) gesagt: „Das glaube ich behaupten zu dürfen, dass in manchen Fällen von Wucherungen und Veränderungen der Schilddrüse aus Störungen hervorgerufen werden, die das Bild des Morbus Basedowii oder einzelne Symptome desselben aufweisen und nach vollständiger Exstirpation der Schilddrüse schwinden." Er hatte auch von gewissen Giften, die sich innerhalb des Körpers entwickeln, gesprochen. Zugleich aber hatte er die Basedow-Symptome als Cirkulationstörungen durch den Kropf bezeichnet und gemeint, man müsse immerhin an reflektorische Wirkungen seitens der Nervenendigungen und der Schilddrüse denken. Diese Unbestimmtheit der Auffassung und die Thatsache, dass es sich in seinen Operationsfällen um gewöhnliche Kröpfe, zu denen Basedow-Symptome hinzugetreten waren (Faux goître exophth.), nicht um den eigentlichen Morbus Basedowii gehandelt hat, haben es wohl verschuldet, dass die in R.'s Arbeit enthaltenen Anregungen nicht genügend beachtet wurden. Dazu kommt, dass erst 1884 die Cachexia strumipriva bekannt wurde, und dass das Verständniss des Morbus Basedowii erst durch diese Erkenntniss zugänglich wurde.

In seiner neuen Arbeit berichtet R., dass die Patienten II, III, IV heute noch gesund seien (I ist ihm entschwunden). Er betont mit Recht die Wesensgleichheit des Herzklopfens, des Zitterns und anderer Basedow-Symptome, die zu schon bestehenden Kröpfen einzeln oder in Gruppen hinzutreten, mit dem eigentlichen Morbus Basedowii. In allen Fällen ist die Operation erfolgreich. Man muss aber den chirurgischen Eingriff nicht zu lange hinausschieben und besonders bei dem gefährlichen akuten Morbus Basedowii muss man sobald wie möglich operiren. Je nach der Lage der Dinge wird diese oder jene Operation zu empfehlen sein. Am schnellsten wird die Resektion wirken. Sie kann sehr gefährlich sein, aber auch bei der Arterienligatur kann der Herztod eintreten. R. hat 2 solche Todesfälle erlebt: der eine Kr. starb, obwohl die Operation gut verlaufen war, am 2. Tage beim Aufrichten im Bette, der andere (Ligatur) einige Stunden nach der Operation. Bei einer 3. Pat. traten während der Resektion eine starke Blutung und beim Zuziehen des um die Geschwulst gelegten Schlauches der Tod ein. Eine 4. Pat. starb einige Tage post operationem an Pneumonie. Immer war in den schlimm endenden Fällen schon vor der Operation die höchste Erschöpfung vorhanden. Aus der Reihe seiner günstigen Erfahrungen theilt R. folgende Beobachtung mit.

Es waren alle Zeichen des Morbus Basedowii vorhanden. Der Exophthalmus war so arg, dass die Augäpfel bei unvorsichtiger Berührung luxirt wurden; der Puls war „excessiv" beschleunigt; grosse Aufregung und Schlaflosigkeit; der Kr. hatte Angstanfälle und wollte sich aus dem Fenster stürzen; es bestand Kachexie. Trotz des schlimmen Zustandes traten nach Resektion der Schilddrüse Beruhigung des Pulses und Schlaf ein. Der Kr. erholte sich langsam; der Exophthalmus ging bis auf einen Rest zurück; Tremor, Angst, Hitzegefühl, Schwitzen verschwanden.

„Der scheinbar verlorene Kranke ist heute ein gesunder arbeitsfähiger Mensch."

James J. Putnam (The treatment of Graves' disease by thyroidectomy. Journ. of nerv. and mental dis. XVIII. 12. p. 799. Dec. 1893) berichtet zunächst über eine eigene Beobachtung.

Ein 29jähr. Mädchen hatte von jeher an Anfällen von Erbrechen gelitten. Nach der Influenza waren Struma, Exophthalmus und Palpitationen aufgetreten und 1892 bestanden alle Zeichen des Morbus Basedowii. Da die medicinische Behandlung erfolglos war, wurde der rechte Lappen der Struma exstirpirt. Während der Operation schlug der Puls 180—200mal und die Kr. collabirte. Nachher war viel Schleim im Munde. In den nächsten Tagen Fieber (ohne Sepsis), Tachykardie, Athemnoth, Stimmlosigkeit, Erbrechen, grosse Schwäche, Delirien. Dann trat Besserung ein. Der Puls fiel auf 100. Es bestand rechts Recurrenslähmung, die in den nächsten Monaten abnahm. Sehr gross scheint die Besserung im Ganzen nicht gewesen zu sein.

In den ersten Tagen sonderte die Wunde eine gelatinöse Masse ab. Glycerinaufschwemmung bewirkte bei einer Katze Erbrechen und Hinfälligkeit. Die herausgeschnittene Struma hatte adenomatöse Beschaffenheit. Die Räume enthielten cubisches Epithel, kein Colloid. Zahlreiche kleine Cysten waren vorhanden.

Im Weiteren bespricht P. die bisherigen Operationen und deren Erfolge. Er hat die Fälle in einer Tabelle zusammengestellt: 51 Beobachtungen mit 4 Todesfällen. Etwas wesentlich Neues ergiebt sich nicht. Wegen der theoretischen Erörterungen P.'s können wir auf Früheres verweisen (Jahrbb. CCXL. p. 147).

A. Poncet u. Jaboulay (Traitement chirurgical des goîtres par l'exothyropexie. Gaz. des Hôp. LXVII. 17. 1894) haben eine neue Kropfoperation empfohlen, die Exothyropexie. Es wird ein Längsschnitt, ein Querschnitt oder ein Kreuzschnitt durch die Haut gemacht, der Kropf wird ganz oder theilweise blossgelegt oder „luxirt". Nach der Operation sieht man den Kropf schwitzen und während der ersten 3—4 Tage bleibt die Absonderung reichlich. Sie ist am reichlichsten bei Basedow-Kröpfen. Die Venen des Kropfes schwellen zunächst an, der Kropf selbst wird schwärzlich und nimmt an Umfang zu. Am nächsten Tage schrumpfen die Venen, werden allmählich thrombosirt und schwinden mehr und mehr im Verlaufe von etwa 8 Tagen. Die ganze Wunde granulirt, die Haut legt sich an den Kropf an und die Wunde vernarbt „nach langer Zeit". Währenddessen verschwinden nicht nur die durch den Kropf verursachten mechanischen Störungen, sondern auch die troubles à distance, die Tachykardie, das Zittern, der Exophthalmus, die geistigen Störungen, die Zeichen des Myxödems u. s. w. Mehrmals wurde Dunkelfärbung oder Entfärbung der Haare

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

beobachtet. Die Exothyropexie ist bei allen Formen des Kropfes angezeigt: goîtres simples, goîtres exophthalmiques, goîtres des crétins, vielleicht auch bei Morbus Basedowii ohne Struma. P. hat seine Operation 14mal ausgeführt, immer mit gutem Erfolge, bei 6 Männern, 8 Weibern im Alter von 15 bis zu 40 Jahren. 5 Kröpfe waren parenchymatös und zum Theil von Basedow-Symptomen begleitet. Der Schwund vollzog sich in 5—6 Wochen, so dass dann der Kropf wesentlich verkleinert, die Wunde vernarbt war. In 9 Fällen bestanden Cystenkröpfe; solche mit vielen kleinen Cysten verkleinerten sich ziemlich rasch, solche mit alten Cysten, die von dicken Wänden umschlossen sind, brauchten un temps très long. —

Als Poncet seine Erfahrungen der Akademie der Medicin in Paris vorgetragen hatte, forderte Brissaud ihn auf, an einigen Basedow-Kranken der Salpêtrière seine Operation auszuführen. Es geschah und die eine der beiden Kranken starb nach einigen Stunden. Dieser bedauerliche Zufall hat in Paris grosses Aufsehen erregt, da die Zeitungen sich seiner bemächtigten und die Schandmäuler zeterten, in Paris würden die Hospitalkranken von fremden Chirurgen ermordet (Gaz. hebd. 12. 1894). Möbius.

259. **Ueber cerebrale Muskelatrophie**; von Prof. Quincke. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 3 u. 4. p. 299. 1893.)

Qu. bringt 5 neue Fälle cerebraler Muskelatrophie. Es handelte sich immer um Hemiplegien; 4 waren apoplektiform, 1 langsam entstanden. In den meisten Fällen war die Atrophie am Arme deutlicher oder bestand dort allein. Es handelte sich um embolische, hämorrhagische und syphilitische Processe. Die Herde können cortikale oder subcortikale sein. Die Fälle können unheilbar sein oder in Heilung übergehen. Inconstant sind die begleitenden Sensibilitätstörungen, wenn sie auch häufig sind; ebenso inconstant die Arthropathien. *Besonders bemerkenswerth ist, dass die Atrophie sehr häufig ausser Verhältniss zur Stärke der Lähmung steht.* Da Atrophie eintreten kann, wenn die Lähmung schon wieder vorüber ist, oder aber auch wenn sie eben eingetreten ist, wofür Qu. neue Beispiele bringt, so kann es sich nicht um Inaktivitätatrophie handeln. Auch die Theorie Steiner's (vgl. Jahrbb. CCXXXVIII. p. 133) fällt mit dem Umstande, dass Atrophie in nicht *mehr* gelähmten Gliedern auftreten kann. Qu. glaubt, dass man ohne die Annahme direkt trophischer, vom Gehirn kommender Fasern nicht auskomme, diese wären in einigen Fällen mit den motorischen, in noch selteneren vielleicht sogar allein zerstört. Sie müssen aber durch Vermittelung der Vorderhornganglien wirken. Wo sie verlaufen, ist unsicher: wahrscheinlich im hinteren Theil der inneren Kapsel, da begleitende Sensibilitätstörungen wenigstens *nicht selten* sind.

Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln war in Qu.'s Fällen qualitativ und quantitativ normal.

Bruns (Hannover).

260. **Ueber einen ungewöhnlichen Fall von myopathischer Muskelatrophie mit Betheiligung des Gesichtes und „bulbärer" Muskelgebiete und negativem Befund am Nervensystem**; von Dr. H. Reinhold. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 3 u. 4. p. 189. 1893.)

Es handelte sich um eine zur Zeit ihres Todes 46 Jahre alte Pat., die früher schon einmal als ein ungewöhnlicher Fall von Bulbärparalyse von Bäumler auf der 2. Versammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte 1877 vorgestellt ist. Sie bot damals Schwäche und Atrophie im Gebiete der Gesichtsmuskeln mit starker Betheiligung des Stirn-Augen-Astes, der Zunge, des Pharynx, der Sternocleidomastoidei, sowie Recurrens-Parese. Schon von früher Jugend an sollte die Kr. eine näselnde, schwer verständliche Sprache gehabt haben. Auch psychisch war sie nicht normal, sehr wechselnd in der Stimmung. Bis zum Jahre 1878 war sie mehrmals in der Freiburger Klinik, wobei ein nur sehr langsames Fortschreiten der Atrophie bemerkt wurde, eigentlich deutlich nur an den Sternocleidomastoidei. Später litt sie noch an tonischen Krämpfen der Zunge, an Kopfschmerzen, von Anfang an an sehr häufiger Luxation des Unterkiefers. Von 1878—1890 wurde sie nicht beobachtet. 1890 stellte sie sich wieder vor: die MM. sternocleidomastoidei waren jetzt ganz geschwunden, so dass der Kopf leicht nach hinten überfiel. Sie starb in der Frauenklinik an eitriger Bronchitis. Die anatomische Untersuchung ergab: Medulla oblongata ganz gesund, ebenso die untersuchten peripherischen Nerven (nur die Recurrentes zeigten Degeneration, wohl durch Druck einer Struma; darauf ist wohl die Stimmbandparese zurückzuführen). Nervus und Musculi faciales wurden nicht untersucht. Die Kaumuskeln zeigten das typische Bild der Dystrophie mit Ausnahme von hypertrophischen Fasern, also atrophische Fasern, Kernvermehrung und Kernzeilen, leere Sarkolemmschläuche; Querstreifung erhalten, keine Verfettung. An den Sternocleidomastoidei zeigten sich fast nur Sehnenfasern.

Der Fall gehört also zur progressiven Dystrophie und schliesst sich einerseits an die infantile Form Duchenne's, andererseits an einen von Oppenheim beobachteten Fall mit besonderer Lokalisation in den bulbären Muskeln an. Jedenfalls konnte er zuerst und besonders im Jahre 1878 als Bulbärparalyse imponiren, obwohl ja einzelne auch von Bäumler hervorgehobene Abweichungen bestanden. Bruns (Hannover).

261. **Casuistischer Beitrag zur Diagnostik von Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen mit spastischer Hemiparese der Extremitäten**; von Dr. Georg Hirsch. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXV. 3. p. 845. 1893.)

Bei einer 58jähr. Kr. hatte sich allmählich eine spastische Parese der Glieder ausgebildet mit Steigerung der Reflexe, besonders auf der rechten Seite. Die Kr. war psychisch schwach. Nach einem halben Jahre trat ein apoplektiformer [paralytischer?] Anfall auf, der jedoch keine weiteren Symptome hinterliess. Kurz darauf rechtseitige Contraktur, zeitweise auch linkseitige Parese. Nach 4 Mon. totale linkseitige schlaffe Hemiplegie, kurz darauf Tod.

Statt der im Halsmark vermutheten circumscripten Erkrankung fanden sich nur neben Leptomeningitis chronica ältere Erweichungsherde im linken Corpus striatum und in der linken Capsula interna. Im Rückenmarke bestand völlige Sklerose des linken Pyramidenseitenstranges, neben Sklerosen in Vorder- und Hintersträngen.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Es liessen sich die gefundenen pathologisch-anatomischen Verhältnisse mit den klinischen Beobachtungen sehr wenig vereinigen. Selbst die Annahme ungekreuzter Pyramidenbahnen war nicht zulässig, da im linken Hirnschenkel die Pyramide gar nicht degenerirt war. Es blieb nur übrig, in der Grosshirnrinde, vielleicht in atrophischen Vorgängen oder in Cirkulationstörungen die Ursache der klinisch beobachteten Symptome zu suchen. Gerade die bei Paralyse beobachteten, scheinbar so eindeutigen Lähmungserscheinungen ergeben ja so oft bei der Autopsie keinen Befund, während andererseits gerade im Rückenmarke von Paralytikern Veränderungen sich finden, die man klinisch nicht vermuthet hätte.

E. Hüfler (Chemnitz).

262. **Klinische und anatomische Untersuchungen über einen Fall von multipler Neuritis mit Erkrankung der Nervi optici**; von Dr. Sigmund Fuchs. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. 1 u. 2. p. 38. 1892.)

Bei einer 33jähr. Frau entwickelten sich unter Schmerzen und Parästhesien im Laufe zweier Monate Lähmungen aller Glieder, die vorwiegend die Strecker betrafen. Bald fand man auch Atrophie und Entartungsreaktion. An den Beinen wurden ataktische Bewegungen, an den Armen Störungen der Sensibilität beobachtet. Ausserdem bestanden cerebrale Symptome, besonders sehr starke Gedächtnissschwäche. Dazu kamen noch Vermehrung der Pulsfrequenz, leichte Blasenschwäche. Im Verlaufe der 5monatigen Beobachtung bildete sich eine Lungentuberkulose aus; zugleich nahmen die Lähmungen und die Muskelatrophie zu. Dazu kamen dann noch Bewegungserscheinungen, ähnlich der Athetose, an den Armen, und fibrilläre Zuckungen. Ferner bildete sich beiderseits Neuritis N. optici aus mit Ausgang in Atrophie und Schrumpfung.

Schon makroskopisch konnte bei der Autopsie die Diagnose Neuritis multiplex gestellt werden in Folge der grauröthlichen Verfärbung besonders der NN. ischiadici.

Die mikroskopische Untersuchung ergab zunächst im Rückenmarke vom 4. Lumbalnerven abwärts eine Verkleinerung der rechtseitigen vorderen grauen Säule bis zum 2. Sacralnerven. In diesem Bereiche fand man einen fast vollständigen Schwund der grossen multipolaren Ganglienzellen und Nervenfasern, das Bild der abgelaufenen Poliomyelitis.

Beim Sehnerven handelte es sich um eine typische interstitielle Neuritis, also nicht um eine, etwa den Veränderungen bei Tabes nahestehende primäre Atrophie. Besonders bemerkenswerth war dabei die ausserordentlich starke Vermehrung und Grössenzunahme der Gliazellen.

Waren in Rückenmark und Opticus die Veränderungen mehr interstitieller Natur, so handelte es sich in den peripherischen Nerven mehr um degenerative Vorgänge, wenn auch natürlich, wie immer, interstitielle Veränderungen nebenbei zu beobachten waren. Ebenso waren in den betheiligten Muskeln Veränderungen degenerativer Atrophie nachweisbar. Dass beim Vorhandensein derselben Noxe Opticus und Rückenmark auf der einen Seite, peripherische Nerven auf der anderen Seite sich so verschieden verhalten, darf nicht verwundern, da die Optici ja zum Centralnervensystem gehören.

F. geht dann auf die Literatur näher ein, so weit sie ähnliche Fälle, wo Sehnerv, Rückenmark, Vorderhörner und peripherische Nerven verändert waren, betrifft.

Möglich wäre es, die Veränderungen im Rückenmarke als von einer abgelaufenen Poliomyelitis herrührend zu betrachten; näher liegt es wohl, die Rückenmarkerkrankung als den übrigen Läsionen coordinirt aufzufassen. Jedenfalls ist die Diagnose einer typischen multiplen Neuritis nicht zweifelhaft.

E. Hüfler (Chemnitz).

263. **Le alterazioni della voce nelle malattie mentali in rapporto allo stato psichico**; per E. Morselli. (Estratto dal Bollettino delle malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso XI. 11. 1893.)

Bevor die Sprache und die artikulirte Stimme die jetzige Vollendung erreichten, sind nach den Untersuchungen von Romanes folgende Stadien vorausgegangen: 1) mimische Bewegung, 2) Phonation als Reflexakt von Gemüthsbewegungen, 3) onomatopoëtische Phonation, 4) einfache artikulirte Phonation (monosyllabische Sprachen), 5) zusammengesetzte artikulirte Phonation (polysyllabische Flexionsprachen). Hierfür spricht nicht nur die Entwickelung der Sprache bei normalen Kindern, sondern auch die Beobachtung der Idioten. Es giebt Idioten, bei denen jeder artikulirte Laut fehlt und ausser der reflektorischen Mimik nur ein spärlicher Vorrath an Emotionslauten vorhanden ist. Bei minder schweren Formen der Idiotie wird die Phonation modulirter und nimmt den sogen. onomatopoëtischen Charakter an. Endlich existirt ein Grad des Idiotismus, wo ähnlich wie im Kindesalter die Töne viel zahlreicher und mannigfacher sind, als es die definitive „Consolidirung" der Sprache erheischt; es handelt sich grösstentheils um Flüster-, Brust- und Gutturaltöne, die die sprachliche Auslese allmählich bei den höheren Völkern eliminirt hat, offenbar um eine atavistische Erscheinung. Schwieriger gestaltet sich die Deutung der Alterationen der Stimme und Sprache bei jenen Geisteskrankheiten, die nicht, wie die eben erwähnten, auf einer angeborenen Entwickelungshemmung des Gehirns beruhen, sondern sekundär im späteren Alter sich entwickeln. Zunächst richtete M. seine Aufmerksamkeit auf die Anomalien in der Emission der Stimmlaute. Die verschiedensten Grade der Hyperphonie werden bei Manie, im Erregungstadium der Hysterie und des paralytischen Irrsinnes beobachtet. Die Hypophonie ist eine häufige Begleiterscheinung der Melancholie und beruht nicht auf einer Parese der Kehlkopfmuskeln, sondern darauf, dass die Ausathmungsluft zum Hervorbringen der Stimme unzureichend ist. Die Aphonie bei Blödsinn und apathischer Dementia ist zurückzuführen auf Verdunkelung des Bewusstseins, die Aphonie im vorgeschrittenen Stadium der progressiven Paralyse auf organische Läsion der Sprachcentra. Der sogen. spontanen Aphonie begegnen wir bei Paranoia; eine besondere Abart ist der von Charcot trefflich beschriebene hysterische Mutismus. Im Verlaufe von Geisteskrankheiten kann sich die Stimme nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ ändern. In gewissen Stadien der Hebephrenie, Hysterie und katatonischen Verrücktheit wird die Stimme um eine halbe, eine oder zwei Oktaven höher; bisweilen findet eine Inversion der sexuellen Charaktere statt, indem weibliche Irre im männlichen, männliche im weiblichen Stimmtone reden. Die sogen. Flüsterstimme mit Kopftönen deutet auf

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Erregungzustände, die Bruststimme auf Depressionzustände hin. Stimmen mit doppeltem Register bei demselben Patienten weisen darauf hin, dass er vom Wahne befangen ist, zwei Individuen in sich zu vereinigen. Bekanntlich erfolgt die Emission der Laute bei physiologisch normalen Verhältnissen während der Exspiration; die Inspiration findet im Intervalle zwischen den einzelnen Worten oder Phrasen statt; dagegen ist es charakteristisch für psychisch abnorme Erregungzustände, wie etwa die Melancholie mit Angstvorstellungen, dass die Rede bisweilen durch die Athembewegungen unterbrochen wird. Auch die Accentuirung erfährt bei Psychosen Abweichungen; de norma accentuiren wir nur jene Worte, auf die wir Gewicht legen; bei Paranoia und katatonischer Verrücktheit ist diese Accentuirung gesteigert, bei Melancholie dagegen vermindert. Bezüglich der Form der Phonation hebt M. hervor, dass das Vorherrschen der Vokale A und I und der Labial- und Dentolinguallaute bei Erregungzuständen, das Prävaliren der Vokale O und U und der Nasal- und Gutturallaute bei Depressionzuständen angetroffen wird. Bemerkenswerth ist die Thatsache, dass der Maniakalische und der Paranoische im Stadium exaltationis eine gewisse Vorliebe für kurze monosyllabische Worte, wie es die Interjektionen sind, haben, während bei Grössenwahnsinn längere und complicirte Worte bevorzugt werden.

Jacob Gentilli (Görz).

V. Innere Medicin.

264. **Zur Identitätsfrage der Blattern und Windpocken**; von Dr. Géza Békésy. (Ung. Arch. f. Med. II. 1. p. 54. 1893.)

Hochsinger hatte im Jahre 1890 eine Beobachtung mitgetheilt, nach welcher ein an Varicellen erkranktes Kind seine Schwester und Mutter mit Blattern angesteckt haben sollte. B. ist nun der Ansicht, dass die Frage nach der Gleichwerthigkeit von Spitzpocken und echten Pocken nicht durch die klinische Beobachtung, sondern nur durch epidemiologische Untersuchungen entschieden werden kann. Auf Grund einer Durcharbeitung des poliklinischen Materials vom Stephanie-Kinderspital zu Budapest kommt er zu folgenden Schlüssen: „1) Ist Varicella in der Stadt Budapest stets angetroffen, und zwar betrifft sie mit geringen Schwankungen 0.33% der gesammten Kindererkrankungen. 2) Die Varicella tritt bis zum Jahre 1888 jährlich in einigen wenigen Fällen auf mit Ausnahme der 4 Jahre, in welchen sie entschieden einen epidemischen Charakter annahm. 3) Die Zahl der Variola- und Varicellaerkrankungen zeigt bezüglich der Zeit des Auftretens weder in einzelnen Jahren, noch in einzelnen Jahreszeiten irgend welchen Connex. 4) Sowohl die Variola-, als die Varicellaerkrankungen können innerhalb der ersten 7 Lebensjahre von einander und von dem Alter der Kranken unabhängig, in gleichem Maasse auftreten. 5) Die Varicella tritt bei Geimpften und Nichtgeimpften gleichmässig auf, während Variola bei Geimpften relativ sehr selten vorkommt. 6) Auf Grund des Angeführten können wir behaupten, dass die epidemiologische Untersuchung eines 37jähr. ambulatorischen Materials des Budapester „Stephanie"-Kinderspitals der Lehre von der Identität der Varicella und Variola bis in's kleinste Detail auf's Entschiedenste widerspricht."

Brückner (Dresden).

265. **Essai de sérothérapie dans la variole**; par B. Auché. (Arch. clin. de Bord. II. 7. p. 317. 1893.)

A. spritzte Pockenkranken Blutserum von zwei Leuten ein, welche vor Kurzem die Pocken überstanden hatten. Der Eingriff hatte auf den Verlauf der Krankheit keinen nachweisbaren Einfluss. Bei dem ersten Kranken kam es, obwohl die anfänglichen Erscheinungen ziemlich schwer waren, nach der Einspritzung nicht zur Eiterung. Doch kommt ein derartiger Verlauf auch sonst vor. A. glaubt, dass die Serumtherapie zu spät kommt, wenn die Krankheit bereits ausgebrochen ist.

Brückner (Dresden).

266. **Ueber Febris recurrens chronica**; von Dr. A. Fiedler. (Jahresber. d. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkde. zu Dresden 1892—1893.)

Ebstein hat das „in bestimmten Zeitintervallen mit grosser Regelmässigkeit wiederkehrende Fieber, wie solches meist im Verlaufe gewisser Sarkomerkrankungen, bez. beim malignen Lymphom" beobachtet wurde, mit dem Namen des chronischen Rückfallfiebers belegt. F. hat aus der Literatur 13 Beobachtungen von chron. Rückfallfieber zusammenstellen können. Er selbst machte die folgenden drei.

1) 60jähr. Frau. Kein schwerer Krankheitseindruck. Die Untersuchung ergab nur mässige Blutarmuth und geringe Vergrösserung der Milz. Die Kr. litt seit 1½ J. an regelmässig wiederkehrenden Fieberanfällen, welche in Zwischenzeiten von 5—6 Tagen auftraten und etwa ebenso lange anhielten. Dabei magerte sie ab, befand sich aber im Uebrigen leidlich wohl. Aus der beigegebenen Fiebercurve, welche einen Zeitraum von 6 Mon. umfasst, ist der Gang der Körperwärme ersichtlich. Die Temperatur stieg 3 Tage lang allmählich an und sank dann in 3—4 Tagen wieder allmählich zur Norm. Sektion fehlt.

2) 23jähr. Mann. Sarcoma colli humeri dextri. Exarticulatio humeri. Nach 3 Mon. Tod. Der Mann hatte mehrere Monate hindurch an Fieberanfällen gelitten, welche sich in mehr oder minder regelmässigen Zwischenzeiten wiederholten. *Sektion:* „Sarkomatöse Wucherungen im rechten Schultergelenk, in den Schädelknochen, Rippen, Brustbein, mehreren Wirbelknochen, Pleuren, der Leber u. s. w. Die Retroperitonäal- und Mesenterialdrüsen waren normal, nicht sarkomatös entartet."

3) 28jähr. Mädchen. Bacilläre Phthise des linken Oberlappens. Hals- und Nackendrüsen links weich infil-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

trirt, geschwollen. Die übrigen Drüsen normal. Milz nicht vergrössert. Blut ohne Besonderheiten. Die Kr. litt an Fieberanfällen, welche sich in etwa 14tägigen Zwischenzeiten regelmässig wiederholten.

Die klinischen Erscheinungen der in Frage stehenden Zustände sind, neben dem in gewissen Zwischenzeiten wiederkehrenden Fieber, Schwellungen der Lymphdrüsen, zumeist (doch nicht ausschliesslich) der abdominalen, der Leber, der Milz; allgemeine Blutarmuth, zuweilen terminale Oedeme und Ikterus, erhöhte Pulsfrequenz. In einigen Fällen war eine während des Fiebers zunehmende Vergrösserung der Milz oder der geschwollenen Drüsen festzustellen. Die Krankheit verläuft sehr chronisch.

Das chronische Rückfallfieber ist weder an eine Erkrankung der mesenterialen und abdominalen Drüsen gebunden, noch tritt es in allen Fällen von bösartiger Entartung dieser Drüsen auf. F. glaubt, dass das Fieber beim malignen Lymphom oder Sarkom etwas Sekundäres sei, dass es auf einer sekundären Infektion vielleicht vom Darme aus beruhe. Der Entartung der Drüsen würde dann eine vorbereitende Bedeutung beizulegen sein, etwa in dem Sinne, dass sie einen günstigen Nährboden für die Keime schafft. F.'s dritte Beobachtung scheint dafür zu sprechen, dass dieses Verhältniss nicht nur durch das maligne Lymphom oder Sarkom, sondern auch durch anderweitige Entartung gegeben werden kann. Die Entstehung des *rückfälligen* Fiebers kann man sich verschieden vorstellen. Es kann sich um die periodische Entwicklung eines Organismus handeln, ähnlich wie bei der Malaria. Andererseits könnte man sich vorstellen, dass nach der Infektion zunächst eine gewisse Immunität geschaffen wird, welche allmählich wieder abnimmt, so dass eine neue Infektion erfolgen kann. Endlich könnte man das Fieber erklären aus einem schubweisen Wachsthum einer Geschwulst, aus der Entwicklung von Metastasen. Keine dieser Hypothesen vermag völlig zu befriedigen. Wie weit das chronische Rückfallfieber Beziehungen zur Pseudoleukämie hat, lässt sich zur Zeit noch nicht sagen, weil die dahin gerechneten Zustände noch zu wenig gekannt und abgegrenzt sind.

Sind keine Geschwülste im Körper nachzuweisen, so kann man bei der Diagnose schwanken zwischen chronischem Rückfallfieber einerseits und inneren Eiterungen oder Endokarditis ulcerosa andererseits. Doch ist in der Regel eine Unterscheidung möglich. Die Prognose des Zustandes ist ungünstig. Brückner (Dresden).

267. **On a simple continued fever**; by G. Baumgarten. (Reprinted from the Transact. of the Assoc. of Amer. physic. 1893.)

B. hat während der letzten 15 J. in St. Louis bei 125 Patienten ein lange anhaltendes Fieber beobachtet, ohne dass er dafür eine Erklärung hat. Das Fieber dauerte in der Regel 4—5 Wochen und erreichte hohe, zum Theil sehr hohe Temperaturen, ohne dass dabei erhebliche andere Störungen eintraten. In einigen Fällen setzte das Fieber allmählich ein und stieg staffelförmig an, in anderen begann es plötzlich mit beträchtlicher Höhe. Prodromales Unwohlsein, Kopf- und Gliederschmerzen, initialer Schüttelfrost wurden nur selten beobachtet. Der Abfall des Fiebers geschah entweder kritisch unter starkem Schweiss oder lytisch. Abortivfälle von 14—18tägiger Dauer mit sehr hohen Temperaturen wurden ebenfalls gesehen. Die Temperatur der Haut war stets auffallend niedriger, als die des Blutes. Die Pulsfrequenz war im Allgemeinen etwas geringer, als man der Temperatur nach hätte erwarten sollen. Die Abnahme der Pulsfrequenz ging dem Temperaturabfall voraus. Schwere nervöse Störungen fehlten im Allgemeinen ganz. Delirien wurden noch relativ am häufigsten beobachtet. Doch verliefen merkwürdiger Weise einzelne Fälle mit ganz besonders hohen Temperaturen ohne jede nervöse Störung. Sonstige charakteristische Erscheinungen liessen sich nicht feststellen. Das subjektive Befinden war durchaus ein sehr gutes. Von Complikationen traten einige Male subakute Gelenkentzündungen auf. Recidive waren ziemlich häufig. Mit Typhus und Malaria hat die Krankheit nichts zu thun. Die Diagnose ist erst nach Verlauf einer Woche sicher zu stellen. Therapeutisch liess sich nichts ausrichten. Sektionsbefunde liegen nicht vor, da das Leiden stets einen günstigen Ausgang nahm. Atkinson hält die von B. beschriebenen Erkrankungen für Typhus. Brückner (Dresden).

268. **Vasomotor ataxia: A contribution to the subject of idiosyncrasies**; by Solomon Solis-Cohen. (Amer. Journ. of the med. Sc. CVII. 2. p. 130. 1894.)

Unter vasomotorischer Ataxie versteht S.-C. eine gewisse Disposition, auf Grund welcher schon Einflüsse geringfügiger Art Störungen im Gleichgewicht des Gefässsystems bedingen. Diese Anlage des Gefässsystems, welches sich von solchen Störungen nur schwer und langsam erholt, äussert sich in Erscheinungen nicht nur von Seiten des Herzens und der peripherischen Gefässe, sondern auch von Seiten innerer Organe, des Gehirns, des Magen-Darmkanals, der Nieren.

Die Störungen treten entweder ohne nachweisbare Ursache oder in Folge eines Reizes auf (Kälte, Gifte, Gemüthserregungen, Reflexe) und sind der Ausdruck einer ungenügenden Thätigkeit der hemmenden Centren. Der Zustand entwickelt sich theils nach einer anderweitigen Krankheit, theils ist er angeboren. In einzelnen Fällen ist der Einfluss der Erblichkeit offenbar. Die Störungen im Gefässsystem tragen den Charakter von Lähmungen oder von krampfartigen Zuständen und treten bis zu einem gewissen Grade anfallsweise auf.

Die Basedow'sche Krankheit und die Raynaud'-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

sche Krankheit sind die Vertreter der ausgesprochen paralytischen und spastischen Form. Erscheinungen von Seiten der Haut (Urticaria, Erytheme, Petechien u. s. w.), Blutungen in inneren Organen, Störungen der Nierenthätigkeit (Albuminurie, Glykosurie u. s. w.), des Herzens, der Schilddrüse werden am häufigsten beobachtet. Zahlreiche anderweitige Symptome (S.-C. zählt deren nicht weniger als 35 auf) sind gelegentlich beobachtet worden. Die Diagnose der vasomotorischen Ataxie soll erst nach Ausschluss eines primären organischen Leidens gestellt werden, wobei zu beachten ist, dass organische Leiden (Phthise, Herzhypertrophie, Nierenleiden) sich auf Grund von Cirkulationstörungen entwickeln können.

Die in Kürze wiedergegebenen Betrachtungen stützen sich auf die Beobachtung von 15 Personen, deren Krankengeschichten S.-C. mittheilt.

Brückner (Dresden).

269. **Periphere Thrombosen bei inneren Krankheiten**; von Dr. S. Laache in Christiania. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 33. 1893.)

L. glaubt, dass peripherische Thrombosen bei inneren Krankheiten viel häufiger sind, als allgemein angenommen wird, und dass sie oft mit anderen Zuständen („Rheumatismus") verwechselt werden. L. beobachtete die Affektion am häufigsten bei älteren weiblichen Kranken. Er fand sie bei Perityphlitis, Pneumonie, besonders häufig nach Influenza, bei akutem Gelenkrheumatismus, bei Chlorose und im Greisenalter ohne besondere Ursache. Die peripherischen Thrombosen kommen meist auf infektiöser Grundlage zu Stande, unter dem Einflusse verlangsamter Cirkulation. Bei den akuten Infektionskrankheiten treten die peripherischen Thrombosen auf im Verlaufe der Reconvalescenz. Von chron. Störungen, in deren Verlaufe man peripherische Thrombosen beobachtet hat, sind zu nennen Tuberkulose, Syphilis, Carcinom, Anämien, Rheumatismus, Fettleibigkeit, körperliche Ueberanstrengung. Nach Besprechung der Aetiologie geht L. noch kurz auf die Symptomatologie, Prognose und Therapie des Leidens ein, um zum Schluss 14 selbst beobachtete Fälle mitzutheilen. Brückner (Dresden).

270. **De l'hypertrophie de la rate dans la chlorose. La chlorose serait-elle une maladie infectieuse?** par E. Clément. (Lyon méd. XXVI. 6. 1894.)

Cl. behauptet, dass bei allen Chlorotischen die Milz nachweisbar vergrössert ist, und ist geneigt, diese Vergrösserung eher für einen Ausdruck der infektiösen Natur der Chlorose, als der gestörten Blutbildung anzusehen. Dippe.

271. **Männliche Osteomalacie**; von Dr. Strauscheid in Köln. (Deutsche med. Wochenschr. XIX. 48. 1893.)

S. theilt einen der seltenen Fälle von Osteomalacie bei einem Manne mit. Pat. erkrankte vor 11 Jahren im Anschlusse an ein Trauma; allmählich verschlechterte sich das Gehvermögen, so dass Pat. sogar zeitweilig an das Bett gefesselt wurde. Sensible, Blasen-, Mastdarmstörungen waren nicht vorhanden. Dazu gesellte sich in den letzten 3—4 Jahren eine immer stärker werdende Verkrüppelung des Rumpfes, die mit einer Verkleinerung der Körperhöhe einherging. Ein Jahr vor seinem Tode zog Pat. sich noch durch Ausgleiten eine Fractura femoris zu, die in 8 Wochen solid verheilte. Pat. starb an einer starken Oesophagusstenose. Eine Sektion wurde leider nicht gemacht.

S. glaubt, dass ein Zweifel gegen die Diagnose nicht bestände; derartige beträchtliche Knochenveränderungen kommen nur bei allgemeiner Knochencarcinose vor und mit dieser ist ein 11jähr. Krankheitsverlauf nicht vereinbar. Die nervösen Störungen, welche eine Zeit lang im Vordergrunde standen und das Bild einer Rückenmarkserkrankung vortäuschten, sind nicht wunderbar, wenn man bedenkt, dass Degenerationen des Rückenmarkes bei Osteomalacie bereits beschrieben wurden, dass Compressionen, sei es an der Wirbelsäule, sei es weiter peripheriewärts, durch neugebildeten Knochen (Knochenapposition geht mit der Knochenresorption stets einher) möglich sind. Im vorliegenden Falle handelte es sich jedenfalls um reparable Vorgänge. Die Oesophagusstenose, die den Tod bewirkte, erklärt S. durch mechanische Verhältnisse, wie sie durch die osteomalacischen Veränderungen des Manubrium und Corpus sterni, sowie der Clavikeln bedingt werden.

S. macht zum Schlusse auf die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose der Osteomalacie aufmerksam und führt als Wahrscheinlichkeitzeichen bei beginnender Kyphose spontane rheumatoide Schmerzen, Druckschmerzhaftigkeit der Knochen, Gehstörung, Parese der Beine mit früher Betheiligung des Ileopsoas an.

Richter (Berlin).

272. **Beiträge zur Pathologie des Muskelrheumatismus**; von Prof. W. Leube. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 1. 1894.)

Nach L.'s Ansicht ist der Muskelrheumatismus eine Infektionskrankheit und seine Ursache ist wahrscheinlich das abgeschwächte Virus des Gelenkrheumatismus. Dafür sprechen der häufige Beginn mit Allgemeinerscheinungen, Schüttelfrost, Fieber, das zuweilen andauernde Fieber, die nicht seltene Endokarditis, die Verbindung des Muskel- mit Gelenkrheumatismus, das zeitweise gehäufte Auftreten der Krankheit. Möbius.

273. **Parese der Muskulatur infolge von Arteriosklerose**; von W. Biegański. (Medycyna 13. 1893.) Polnisch.

B. bespricht die beim Menschen wenig beachtete Schwäche der willkürlichen Muskeln in Folge der Gefässsklerose. Diese, von Thierärzten längst bei Pferden beobachtete Erscheinung nannte Charcot *Claudication intermittente* (intermittirendes Hinken). Die von B. beobachteten Symptome unterscheiden sich von denen Charcot's durch ihre Beständigkeit und das raschere Eintreten von Ermüdung und Erschöpfung der Muskulatur. Die intermittirenden Paresen treten keineswegs ausschliesslich an den Beinen auf, es kann auch die Muskulatur verschiedener anderer Gegenden (Arme) daran leiden, wie ein Fall B.'s beweist. Als Ursache betrachtet B. die Verengung der degenerirten kleinen Gefässe, die dem Muskel während seiner

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Thätigkeit die nöthige Blutmenge nicht zuführen können. B. stimmt nicht mit Charcot darin überein, dass die Claudikation immer ein Vorläufer der senilen Gangrän sei. H. Higier (Warschau).

274. **On the influence of various diets upon the composition of the urine and the general condition of patients, suffering from chronic Bright's disease**; by W. Hale White. (Med.-chir. Transact. LXXVI. 1893.)

Die Gründe, aus welchen im Allgemeinen Milchdiät bei Nierenentzündungen empfohlen wird, sind vornehmlich folgende: 1) Die Milch soll die Abscheidung von Eiweiss durch den Urin vermindern. 2) Die Milch soll leicht verdaulich sein. 3) Die Milch soll die Nieren nicht reizen. 4) Die Milch soll ein Diureticum sein. Diese Behauptungen sind nur zum geringsten Theile bewiesen. W. hat nun 10 Patienten, von welchen 8 an chronischer interstitieller Nephritis, 2 an parenchymatöser Nephritis litten, auf verschiedene Diät gesetzt und deren Einfluss auf die Kranken untersucht. Er verordnete: 1) Reine Milchdiät. 2) Mehlige Diät (Brod, Butter, Milch, Beaf-tea). 3) Volle Diät (Brod, Butter, Milch, Kartoffeln, Fleisch, Reispudding). Es ergab sich nun, dass die volle Diät die besten Dienste leistete. Sie vergrösserte die Neigung zur Urämie nicht. Die Kranken fühlten sich bei dieser Ernährung kräftig, ihre Cirkulation war eine bessere, als bei der Mehl- und Milchdiät. Die volle Diät erhält den Kranken eine gewisse Menge Eiweiss. Wenn auch zuweilen (durchaus nicht immer) mehr Eiweiss ausgeschieden wird, als bei Milchdiät, so wird auch dem Körper bedeutend mehr zugeführt, so dass der Verlust ausgeglichen wird. Die Wirkung auf die Harnstoffausscheidung ist zweifelhaft. Jedenfalls führt die volle Diät nicht zur Bildung von Giften, welche für die Kranken verhängnissvoll werden. Sie lässt eine Abneigung der Kranken gegen Amylaceen und Milch nicht aufkommen. Der Nachtheil, dass bei voller Diät weniger Urin ausgeschieden wird, als bei Mehl- und Milchdiät, lässt sich beseitigen durch Zugabe einer bestimmten Menge Wassers. Die der Arbeit zu Grunde liegenden Krankengeschichten sind beigegeben. Brückner (Dresden).

275. **Utilité de la saignée dans les néphrites infectieuses avec accidents graves**; par le Dr. H. Sacaze. (Revue de Méd. XIII. 1; Janv. 1893.)

S. hat zwei Typhuskranke, welche an Nierenentzündung mit urämischen Erscheinungen litten, und eine Kranke, bei welcher sich Urämie im Verlaufe einer Nephritis einstellte, durch Aderlass in günstiger Weise beeinflusst. Zwei Kranke genasen, die dritte (Typhus mit Nephritis) starb an Herzschwäche, zeigte aber direkt nach dem Aderlass eine auffällige Besserung und wurde von den Krämpfen und vom Erbrechen befreit. Durch Versuche an Kaninchen konnte S. giftige Eigenschaften des Blutes und Urins der Kranken nachweisen. Der Urin nahm bei den Kranken, welche genasen, ganz allmählich an Giftigkeit ab, d. h. der Körper entledigte sich nur langsam der in ihm aufgespeicherten Gifte. Durch Behandlung mit Thierkohle und Extraktion mit Aether vermochte S. aus dem Urin ein starkes Gift darzustellen. Bei den damit behandelten Thieren sank die Temperatur; die Athmung wurde mühsam, es stellten sich Krämpfe ein. Schliesslich wurden die Thiere komatös und starben. Die Methode von Luff und Griffith lieferte S. weniger gute Resultate bei der Verarbeitung des Urins auf Toxine.

S. räth auf Grund dieser seiner Erfahrungen, sowohl bei der einfachen, als bei der im Verlaufe einer akuten Infektionskrankheit sich einstellenden Nephritis den Aderlass anzuwenden, sobald sich die ersten urämischen Erscheinungen zeigen.

Brückner (Dresden).

276. **Influenza della temperatura sulle fermentazioni intestinali**; pel Dott. L. Cantù. (Rif. med. IX. 221. 1893.)

C. hatte häufig, besonders im Beginn der Sommerhitze, Gelegenheit, eine Krankheit zu beobachten, welche unter folgenden Erscheinungen auftrat.

Ohne Vorläufer erkrankten die Betroffenen an starken, sehr schmerzhaften Magenkrämpfen, Uebelkeit, Erbrechen. Letzteres trat in ungemein heftiger Weise auf; es folgte aber keine Diarrhöe. Gleichzeitig entstanden auf dem ganzen Körper Urticariaquaddeln. Die Temperatur stieg auf 38.0 bis 38.5°. Der Puls war klein, die Respiration beschleunigt und oberflächlich. Diese Erscheinungen verschwanden allmählich nach 5—6 Tagen.

Es handelte sich in solchen Fällen offenbar um eine Intoxikation, welche von den Verdauungsorganen ausging. Die hier sich entwickelnden Gährungen bilden Gifte, durch deren Resorption die erwähnten Erscheinungen entstehen.

Es ist nun bemerkenswerth, dass keiner der Kranken vor seiner Erkrankung einen Diätfehler begangen hatte, der die Uebelkeit und das Erbrechen hätte erklären können. Dagegen konnte C. in jedem Falle feststellen, dass es sich um solche Leute handelte, die bei offenem Fenster zu schlafen pflegten. Wurde dabei gelegentlich ein grosser Theil des Körpers, besonders des Bauches, entblösst, so setzte am anderen Morgen die Krankheit ein.

Es besteht also ein Causalnexus zwischen der Erkaltung des Bauches und der Entwickelung der Krankheit und eine Erklärung für ihn giebt die Thatsache, dass der Urin der Kranken eine erhebliche Menge von gepaarter Schwefelsäure, sowie von Aceton und Indican enthielt.

Unter normalen Verhältnissen werden im Darme zu der aromatischen Reihe gehörende Substanzen,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

wie Indol, Scatol, Phenol, als Produkt der Eiweisszersetzung gebildet. Sie würden, mit dem Blut cirkulirend, sehr schädlich auf den Körper wirken, wenn sie nicht eine unschädliche Verbindung mit der fortwährend im Körper sich bildenden Schwefelsäure eingingen (diese Synthese findet wahrscheinlich in der Leber statt). Die auf diese Weise gebildete gepaarte Schwefelsäure wird im Urin ausgeschieden. Je mehr aromatische Substanzen durch Zersetzungsprodukte im Darm gebildet werden, desto mehr gepaarte Schwefelsäure muss im Urin ausgeschieden werden. Diese Sulfate geben also einen Maassstab für den Umfang der im Darme sich abspielenden Zersetzungsvorgänge und, da sie im Harn der beschriebenen Kranken sehr reichlich waren, so kennzeichnen sie das Leiden als Vergiftung. Emanuel Fink (Hamburg).

277. **Du cancer du foie pseudo-fluctuant**; par le Dr. V. Hanot. (Semaine méd. XIII. 64. p. 505. 1893.)

Für die Diagnose des Leberkrebses kommen vor Allem 2 Gesichtspunkte in Betracht: 1) Rasche Vergrösserung der Leber. 2) Schnell zunehmender Kräfteverfall. Bei der ersten Untersuchung kann man zuweilen schwanken zwischen der Diagnose Leberkrebs und Stauungsleber. Verminderter Harnstoffgehalt des Urins, Leukocytose sprechen für Krebs. Da der Leberkrebs in gewissen Fällen Fluktuation erkennen lässt und mit Fieber einhergeht, so kann Verwechselung mit Leberabscess nahe liegen. H. theilt folgendes Beispiel mit:

49jähr. Mann. Ende November 1892 Leibschmerz, der sich öfter wiederholte und an Heftigkeit zunahm. Ende Januar 1893 blutiger Urin. Im März 1893 bemerkte der Kr., dass die rechte Seite des Rumpfes anschwoll und dass er an Körpergewicht abnahm. Bei der Aufnahme fand man einen fieberlosen, stark abgemagerten Mann. Oedem der Knöchel. Rechtes Hypochondrium stark vorgewölbt. Die Leberdämpfung überschritt nach oben etwas die Brustwarze, nach unten um 3 Finger die Nabelhöhe. Der hervorragendste Theil der Geschwulst fluktuirte. Die Punktion der Leber ergab Blut und reichliche Epithelzellen. Aus der zunehmenden Leberschwellung und dem schnellen Kräfteverfall wurde die Diagnose auf Leberkrebs gestellt. Sektion fehlt.

Auch mit Echinococcus der Leber kann der Krebs verwechselt werden. In einem Falle wurde sogar irrthümlich bis zum Tode Typhus abdominalis angenommen. Neben den beiden oben erwähnten Merkmalen legt H. noch Werth auf die Physiognomie, welche bei den Krebskranken ein gleichgültiges, theilnahmeloses, hülfloses Gepräge trägt. Brückner (Dresden).

278. **Ueber ein diagnostisches Hülfsmittel bei Neoplasmen des Abdomens**; von C. Mettenheimer. (Memorabilien XXXVII. 9. 1893.)

M. ist es seit Jahren aufgefallen, dass bei der Entwickelung von Neoplasmen im Abdomen, besonders bei Krebs des Magens, der Leber, des Netzes und Gekröses, noch ehe die schweren Symptome sich entwickeln und noch ehe die Tumoren der Palpation zugänglich sind, eine verhältnissmässig starke Abmagerung der epigastrischen Gegend eintritt, die sich mit einer besonderen Deformation des Nabels, welche M. die Nabelfalte nennt, verbindet. M. giebt aber zu, dass einestheils dieses Symptom bei den erwähnten Krankheiten auch fehlen kann, andererseits bei allgemeiner Abmagerung, namentlich bei älteren Leuten, vorhanden sein kann, ohne dass ein Neoplasma im Abdomen sich bildet. E. Ullmann (Wien).

279. **Ueber die Wirkung der Muskulatur bei angeborener Gaumenspalte**; von Privatdocent Dr. C. Röse in Freiburg i. B. (Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. IV. 24. 1893.)

Das normal entwickelte Gaumensegel wird durch die gemeinsame Wirkung der beiden MM. levatores veli palatini bis zum Anschluss an die hintere Pharynxwand gehoben. Das Herabsinken erfolgt theils durch seine Schwere, theils durch die gemeinsame Wirkung der beiden MM. palatopharyngei. Ganz anders gestalten sich die Verhältnisse bei Gaumenspalten, hier zieht jeder Levator bei seiner Verkürzung die entsprechende Gaumenhälfte nach aussen und oben.

Alle Autoren, mit Ausnahme von Michel, haben angenommen, dass der M. constrictor pharyngis superior, wie dies Suerssen zuerst ausgeführt hat, schon bei normalem Gaumensegel beim Sprechen die Thätigkeit der Gaumenmuskeln dadurch unterstütze, dass er die Pharynxwand vorwulste und so dem gehobenen Gaumensegel entgegenbringe, dass aber bei Kranken mit Gaumenspalte, die einen Obturator tragen, eine gute Sprache nur dadurch möglich werde, dass der Constrictor superior die Thätigkeit der gesammten Gaumenmuskulatur vertretungsweise übernehme. Praktische Erfahrungen haben bei R. Zweifel an der Richtigkeit dieser Auffassung der Sachlage auftauchen lassen und dadurch veranlasste anatomische Untersuchungen haben die Berechtigung der Zweifel ergeben. Nach R. liegen die Verhältnisse folgendermaassen: Bei vorhandener Gaumenspalte zieht jeder Levator veli palatini seine Gaumenhälfte nach hinten, oben, aussen, der Palatopharyngeus nach hinten, unten und innen. Wirken beide Muskeln zusammen, dann bewegt sich die Gaumenhälfte genau in sagittaler Richtung nach hinten.

Die Verschiedenheit in der Muskelwirkung bei normalem Gaumensegel und bei Gaumenspalte, die durch Obturator verschlossen ist, besteht darin, dass in ersterem Falle die Levatores allein den Abschluss der Rachenhöhle bewirken, während in letzterem Falle gleichzeitig mit diesen die Palatopharyngei in Thätigkeit treten müssen. Der Passavant'sche Wulst wird nicht vom oberen Schlundschnürer gebildet, sondern vom Palatopharyngeus und Stylopharyngeus, bei deren Contraktion sich die Schleimhaut in der Nähe der oberen Grenze dieser Muskeln ringförmig faltet.

In einem Falle von Gaumenspalte fand R. in Uebereinstimmung mit der oben mitgetheilten Auffassung die Palatopharyngei auffallend kräftig entwickelt. Rudolf Heymann (Leipzig).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

280. **Ein Fall von beiderseitigem idiopathischem Hypoglossus-Krampf,** *ein Beitrag zur Lehre vom Ritter-Rollett'schen Phänomen;* von Dr. F. Lange. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 4. p. 705. 1893.)

Nach einer Uebersicht über die 15 in der Literatur mitgetheilten Fälle von isolirtem selbständigem Zungenkrampf theilt L. den von ihm selbst beobachteten Fall mit:

Eine 46jähr. Pat., früher im Wesentlichen gesund, bemerkte zuerst vor 2 Jahren, dass die Zunge zuweilen unwillkürlich aus dem Munde hervorkam. Das ereignete sich Anfangs nur selten und kurz, allmählich aber immer häufiger und länger, bis schliesslich die Zunge, sich selbst überlassen, immer krampfhaft vorgestreckt und nach unten gebeugt und nach rechts abweichend vor den Zähnen liegen blieb. Bei der Kranken fanden sich sonst, abgesehen von den Residuen einer früher durchgemachten Lungenentzündung und von recht defekten Zähnen, keinerlei Veränderungen, insbesondere keinerlei Störungen von Seiten des Nervensystems und der Psyche. Die ganze Zunge war gross und hart. Die MM. thyreo-hyoid. und genio-hyoid. waren kräftig entwickelt und an der Contraktion betheiligt. Die Zunge konnte willkürlich nach beiden Seiten, nach rechts weiter, bewegt werden; zum Zurückziehen war in der Regel die Hülfe der Hand erforderlich. Beim Sprechen und besonders beim Kauen verschwand der Krampf fast vollständig. Durch Druck auf den weichen Gaumen liess er sich unterdrücken. Die Behandlung mit dem galvanischen Strom und Bromnatrium, sowie ein Versuch mit Hypnose blieben ohne Erfolg. Es wurde deshalb von Madelung die Dehnung beider NN. hypoglossi vorgenommen. Danach trat für kurze Zeit eine Besserung ein. Eine später vorgenommene Resektion des linken N. hypoglossus machte zwar die linke Zungenhälfte schlaff, der Krampf der rechten Zungenhälfte bestand aber fort und die Zunge wurde noch mehr nach rechts herausgestreckt, als vor der Operation. Deshalb wurden schliesslich beide MM. genioglossi von der Spina mentalis interna losgelöst. Dadurch wurde der Kranken die Fähigkeit, die Zunge aus dem Munde herauszustrecken, fast völlig genommen, die krankhafte Contraktion der Zungenmuskulatur bestand aber fort.

Die auffallende Erscheinung, dass trotz der Lähmung des linken Genioglossus durch die Resektion des linken Hypoglossus die Zunge immer noch auf der rechten Seite des Mundes herausgestreckt wurde, gab den Anlass zu zahlreichen Versuchen an Hunden und Kaninchen über die Funktion der einzelnen Zungenmuskeln, deren Ergebniss in einer anderen Arbeit veröffentlicht worden ist. Bei den Versuchen zeigte sich, dass, ebenso wie dies Ritter und Rollett am Ischiadicus nachgewiesen haben, auch am Hypoglossus verschieden starke Reize eine ganz verschiedene Wirkung haben. Die schwächsten Reize bewirken fibrilläre Zuckungen, bei steigender Reizstärke wird die Zunge zurückgezogen, weiterhin an den Mundboden gepresst, bei den stärksten Reizen wird die Zunge vorgeschoben, die Spitze nach abwärts gekrümmt. Durch diese verschiedene Reizbarkeit der einzelnen Muskeln dürfte sich wohl das verschiedene Bild, welches die beobachteten Fälle von Hypoglossus-Krampf darbieten, erklären. Die schwersten Formen von Krampf wären demnach so gestaltet, wie der hier mitgetheilte Fall, wofür ja auch seine Hartnäckigkeit gegenüber den therapeutischen Versuchen spricht.

Rudolf Heymann (Leipzig).

281. **Klinische Beiträge zur Frage der Posticuslähmung;** von Dr. Max Laehr. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 45. 1893.)

Aus den Beobachtungen der medicinischen Klinik in Giessen theilt L. 5 Fälle mit, die einen Beweis für die Lehre bilden, dass bei organischen Recurrenserkrankungen peripherischer und centraler Natur sich zuerst das Bild der Erweitererlähmung zeigt, wozu im weiteren Verlauf entweder eine sekundäre Adduktorencontraktur kommen oder bei progressiven Veränderungen eine Lähmung des Thyreo-arytaen. int. und schliesslich vollständige Recurrenslähmung treten kann.

Die Fälle sind: 1) Carcinoma oesophagi mit Parese beider Abduktoren, 2) Paralyse beider Abduktoren nach Influenza, 3) postdiphtherische Gaumen-, Rachen- und Kehlkopflähmung, beiderseitige Paralyse des M. cricoarytaen. post. und des M. thyreo-arytaen. int., Parese der rechten Adduktoren, vollständige Rückbildung der Lähmungen, 4) linkseitige totale Recurrensparalyse, rechtseitige Paralyse des Abduktor und Thyreo-arytaen. int. bei centraler Erkrankung, vielleicht multipler Sklerose, 5) beiderseitige Posticuslähmung mit sekundärer Contraktur der linken Adduktoren bei multipler Sklerose des Gehirns und Rückenmarks.

Rudolf Heymann (Leipzig).

282. **Ueber Lepra.** (Vgl. Jahrbb. CCXXXVIII. p. 45.)

Die Zaraath (Lepra) der hebräischen Bibel. Einleitung in die Geschichte des Aussatzes; von Prof. G. N. Münch in Kiew. (Dermatolog. Studien 16. Heft. Erg.-Heft 2 d. Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1893.)

In seiner umfangreichen Abhandlung erbringt M. den Beweis dafür, dass die Beschreibung der Zaraath in 3. Mos. Cap. XIII die allerfrüheste klassische Schilderung der jetzt noch vorkommenden turkestanischen Pjersj-Krankheit darstellt. Sie giebt eine klare Charakteristik der einzelnen Stadien, nämlich der zuerst erscheinenden Flecken, der ausgebreiteten, weiss gewordenen Hautbezirke, die noch dunkle Inseln aufweisen, und des letzten Stadium, in dem der ganze Körper weiss wird. Die weissen Flecke werden ausdrücklich von Narben unterschieden.

Nach dieser Erläuterung, die die Bibel selbst giebt, ist jede Verwandtschaft der Zaraath mit Lepra ausgeschlossen.

Die Zaraath muss als eine bei den Juden heilige Krankheit aufgefasst werden. Ihre Stempelung als „Unreinheit" war eine direkte Folge der religiös-theokratischen Anschauung über die Ursachen der Krankheiten überhaupt, besonders aber der Zaraathflecke, welche als ein für alle Welt sichtbares, in die Augen springendes Merkzeichen einer Gesetzesübertretung zu gelten pflegten, eine Auffassung, die bezüglich der Pjersj-Krankheit noch heutzutage in Turkestan herrscht.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Etat de nos connaissances actuelles sur la lèpre; par le Dr. Zambaco-Pacha, de Constantinople. (Semaine méd. XIII. 37. p. 289. 1893.)

Die Lepra hat sich von Aegypten, wo sich ihre Spuren bis in das höchste Alterthum verfolgen lassen, vorwiegend durch Vermittelung der Phönicier über die ganze Welt verbreitet. Grossen Antheil an ihrer Ausbreitung haben auch die Juden und später die Sarazenen. Schon frühe nahm sich die Kirche der armen ausgestossenen Kranken an. Als Fracastor und Grumbeck in der Mitte des 16. Jahrhunderts die Aufmerksamkeit auf die sogenannte neue Krankheit (Morbus gallicus) lenkten, begann die Zahl der Leproserien sich zu vermindern, aber erst 1695 wurde durch Erlass Louis XIV. Frankreich für frei erklärt und die Leproserien wurden aufgehoben. Später wird die Lepra nicht mehr erwähnt.

1883 entdeckte Dr. Morvan in Lannilis eine Krankheit, bestehend in Verstümmelung mehrerer Finger nach einander im Anschluss an schmerzlose Panaritien (Maladie de Morvan). Andere Beobachter fassten einen Symptomencomplex (Anästhesie, Missgestaltung der Hände zur Greifenklaue, Dissociation der Sensibilität und trophische Störungen) unter dem Namen Syringomyelie zusammen, da einige Autopsien das Vorhandensein einer durch Gliom verursachten Höhlenbildung im Rückenmark darthaten.

Weiter hat man Krankheitsformen als Sklerodaktylie, Morphea, lokale Asphyxie und symmetrische Gangrän abgetrennt in der Annahme, dass die Lepra nicht mehr vorkomme. Ganz entsprechende Krankheitsbilder hat Z.-P. aber auch da im Orient getroffen, wo es sich um unzweifelhafte Lepra handelte.

In der Bretagne hat sich nun herausgestellt, dass Morvan's Kranke an Lepra mutilans litten (vgl. die letzte Zusammenstellung). Daneben fanden sich aber auch unbestreitbare schwere Leprakranke selbst der tuberkulösen Form.

Auf Z.-P.'s Mittheilungen hin wurde auch bei vielen als Syringomyelie geführten Fällen die Diagnose in Lepra umgeändert. Obgleich nun bei Lepra nervorum die Bacillen schwer nachzuweisen sind, hat Dr. Pitres das Glück gehabt, in einem dieser Fälle Leprabacillen zu finden. Z.-P. regt ferner die Frage an, ob nicht zwischen den sich auch äusserlich so ähnlichen Lepra- und den Tuberkelbacillen verwandtschaftliche Beziehungen beständen, da die Leprösen so leicht an Tuberkulose zu Grunde gehen und z. B. auch in Belle-Isleen-Mer mit Auftreten der Tuberkulose die früher daselbst sehr verbreitete Lepra selten geworden ist.

Sklerodermie und Sklerodaktylie müssen ebenfalls in Beziehung zur Lepra gebracht werden, da auch bei ihnen häufig Anästhesie gefunden wird. Ebenso führt Z.-P. auch lepröse Parallelfälle zur Raynaud'schen Krankheit (Acro-asphyxie, acrosphacèle) an.

Für die von ihm angenommene Heredität der Lepra, *deren Bacillen er anerkennt,* führt Z.-P. Beispiele anderer Vererbungen an, bei denen oft Generationen übersprungen werden, und hebt weiter die Schwierigkeiten hervor, welche oft die Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syphilis bietet, so dass beide Erkrankungen nicht selten durcheinander geworfen werden. Dies erklärt auch den Umstand, dass, nachdem Fracastor (1530) und Grumbeck die Syphilis beschrieben hatten, auf einmal von Lepra keine Rede mehr war.

Z.-P. giebt zu, dass Europäer die Lepra aus den Colonien mit nach Hause gebracht haben, sieht sich aber bis jetzt ausser Stande, diese Thatsache zu erklären.

Bei der *Diagnose der nervösen Lepra,* die der tuberkulösen so wenig gleicht, ist die Feststellung der Anästhesie das werthvollste Zeichen. Schlechte Nahrung, üble Lebensverhältnisse überhaupt, Schmutz u. s. w. begünstigen die Lepra, während sie unter günstigen Ernährungsverhältnissen stille steht, ja selbst verschwindet. Z.-P. hält deshalb auch die Lepra für eine heilbare Krankheit, obgleich es ein Heilmittel bis jetzt nicht giebt. Kauterisationen unterstützen die Heilung. [In Japan wird nach Mittheilung von Prof. Baelz die Lepra durch Moxenbehandlung geheilt, d. h. dem Pat. werden täglich mehrere Hundert Moxen — nämlich kleine zusammengepresste Cylinder der Cellulose von Artemisia vulgaris, die auf die Haut gedrückt und langsam abgebrannt werden — applicirt, neben mehreren mineralsauren Bädern. Ref.]

Z.-P. ist nach seinen Erfahrungen in Frankreich der Ansicht, dass auch in Deutschland, Oesterreich und England noch abgeschwächte Lepra zu finden ist.

Existe-t-il dans des pays réputés non lépreux en France et en particulier dans la région du Nord et à Paris, des vestiges de l'ancienne lèpre? par H. Leloir, Lille. (Bull. de l'Acad. de Méd. XXIX. 8. p. 215. 1893.)

L. hat schon 1884 und 1885 gezeigt, dass im Norden von Frankreich und in Paris selbst Krankheiten vorkommen, die die grösste Aehnlichkeit mit Lepra haben, und in Ländern, wo die letztere endemisch ist, unzweifelhaft für Lepra nervorum gehalten werden würden. Er theilt mehrere derartige Krankengeschichten mit und hält es in Uebereinstimmung mit Zambaco für möglich, dass wir in diesen Fällen mehr oder weniger verwaschene Spuren der alten Lepra vor uns haben, die im Mittelalter ganz Frankreich und Europa überfluthete. Diese Annahme ist ausserordentlich verführerisch, wartet aber noch auf den exakten wissenschaftlichen Beweis, der sich auf peinlich genau beobachtete und beschriebene pathologisch-anatomische und bakteriologische Thatsachen stützt.

La lèpre dans le midi de la France en 1893; par le Dr. Zambaco-Pacha. (Bull. de l'Acad. de Méd. XXIX. 19. p. 504. 1893.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Z.-P. hat seine Studien über die Lepra in Frankreich, die er in der Bretagne begonnen hatte, noch weiter fortgesetzt und den ganzen Süden Frankreichs zu diesem Zwecke bereist. Auch hier fand er ausser mannigfachen urkundlichen Spuren aus den Zeiten, in denen daselbst noch Tausende von Leproserien bestanden, dass überall noch diese alte Lepra, die eine vielgestaltige, aber absolut einheitliche Krankheit darstellt, nachweisbar ist. Indessen hat die Civilisation nicht nur die Zahl der Opfer dieser Krankheit des Elends verringert, sondern sie auch abgeschwächt, ja umgeformt.

Diese veränderte Gestalt, in der die Lepra hier oft erscheint, ist die Ursache dafür, dass sie seither verkannt wurde, denn die Lepra ist an und für sich schon so vielgestaltig und liefert ja schon in ihren beiden Hauptformen Krankheitsbilder, die gar keine Aehnlichkeit mit einander haben. Da man seither die Ueberzeugung hatte, dass mit dem Mittelalter die Lepra in Frankreich ausgerottet sei, hat man auch die ganz offenbaren Fälle von Lepra tuberosa und nervorum nicht erkannt.

Z.-P. hat in Südfrankreich Lepröse in jedem Stadium gefunden, von der offenkundigsten Lepra leonina bis zu den abgeschwächtesten Formen. Er wird seine Behauptungen noch durch bakteriologische Untersuchungen zu stützen suchen, die auch bereits in einem der von ihm in der Bretagne entdeckten Fälle ein positives Resultat ergeben haben.

Obwohl nun die Lepra überall in Südfrankreich gefunden wird, so ist doch nicht zu verkennen, dass sie schnell abnimmt mit der fortschreitenden Civilisation und es ist der Zeitpunkt nicht mehr fern, zu dem sie dort ganz ausgetilgt sein wird.

Ueber neue Lepraherde in Europa; von Prof. I. Neumann in Wien. (Wien. med. Presse XXXIII. 37. 1892.)

Bei einer im Auftrage der Regierung nach Bosnien und der Herzegowina unternommenen Reise konnte N. feststellen, dass daselbst allenthalben noch Lepra vorkommt. Die 9 Fälle, die N. sah, gehörten alle der tuberösen Form an und betrafen ausser einem nur Mohamedaner. Wie überall, so wirken auch hier Schmutz und Elend als die Lepra begünstigende Umstände. Fischnahrung wird in jenen Gegenden fast gar nicht genossen.

Bericht über eine Lepra-Enquete in Aegypten; von Franz Engel Bey, Chef der Sanitätsstatistik in Kairo. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVI. 12. p. 559. 1893.)

Nach einem Papyrus lässt sich das Vorkommen der Lepra in Aegypten bis um das Jahr 4260 v. Chr. zurückdatiren.

Eine Schätzung der Leprösen nach summarischer Berechnung ergab im Jahr 1882 1018 Fälle, 1889 1425 Fälle. Nach genauerer Ermittelung durch an die Distriktsärzte versandte Fragebogen wurden nun für 1889/90 2204 Fälle festgestellt (1773 Männer und nur 437 Weiber). Diese Zahl ist jedenfalls zu gering, auch sind in den Städten sicher viele Fälle der Eintragung in die Listen entgangen. Der Verlauf der Lepra in Aegypten scheint ein protrahirterer zu sein, als z. B. auf den Hawaïinseln. Besondere Nachforschungen ergaben, dass sich die Hutchinson'sche Fischtheorie auf Aegypten nicht anwenden lässt. E. fand auch, dass da, wo die Lepra unter Anverwandten auftrat, die Wahrscheinlichkeit der Contagion immer noch grösser war als die der Vererbung.

Ein unzweifelhafter Fall von Uebertragung der Lepra in Aegypten auf einen Europäer liess sich nicht ermitteln.

E. fordert für Aegypten die Errichtung von Lepraspitälern und ähnliche gesetzliche Vorschriften, wie sie in Norwegen bestehen, wo jeder Leprakranke entweder einen eigenen Wohnraum, ein eigenes Bett, Wasch- und Essgeschirr haben oder in ein Lepraspital gehen muss.

On the report of the leprosy commission in India 1890—91. A. Criticism; by G. Armauer Hansen, Inspektor-General of Leprosy in Norway. (Lancet II. 18. p. 1053. 1893.)

H. geht auf folgende Sätze der Lepracommission ein:

1) „Lepra ist eine Krankheit sui generis und nicht eine Form von Syphilis oder Tuberkulose, wenn sie auch ätiologische Aehnlichkeiten mit der letzteren aufweist". 2) „Lepra ist nicht hereditär". Der Schluss jedoch, dass die Lepra Tendenz hat, auszusterben, ist verfehlt. 3) „Obwohl wissenschaftlich Lepra als übertragbar und überimpfbar angesehen werden muss, ist die Zahl der Fälle, in welchen sie so übertragen wird, nur sehr gering". H. weist darauf hin, wie verborgen und schwierig zu erforschen die Wege der Ansteckung sind. 4) „Lepra ist nicht *direkt* verursacht durch Nahrung, Klima, tellurische, gesundheitliche Bedingungen und befällt auch nicht bestimmte Rassen". Aber 5) „elende Lebensverhältnisse begünstigen die Empfänglichkeit für Leprainfektion". H. ist damit nicht einverstanden, sondern glaubt, dass unter den Elenden und Armen nur die Möglichkeit der Ansteckung erleichtert ist.

H. kann nicht finden, dass die Commission unsere Kenntnisse von der Lepra erweitert hat. Er weist auf die Erfolge der norwegischen Methode der Leprabekämpfung hin, die die Lepra von 2833 Leprösen im Jahre 1856 auf gegenwärtig 700 heruntergedrückt hat, und empfiehlt anstatt halber Maassregeln diese nachzuahmen, da dadurch die Ausbreitung der Lepra verhindert wird, ohne dass den armen Leprösen neue Leiden zugefügt werden. Ihr Leben wird sogar erheblich verbessert.

Zur Leprafrage in den russischen Ostseeprovinzen; von P. Schneider in Pernau. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVI. 9. p. 421. 1893.)

Die im Mittelalter in Livland häufige Lepra wurde durch energische Absperrungsmaassregeln

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

zurückgedrängt. Um die Mitte dieses Jahrhunderts wurde man wieder auf die Lepra aufmerksam. — Paulson und Wahl hielten eingehende Nachforschungen und konnten in Livland 276 Fälle, in Estland 26, Kurland 76 constatiren.

Die Dauer der tuberösen Form wurde auf mindestens 10—12 Jahre, die der anästhetischen Lepra auf mindestens 20—25 Jahre festgestellt. 1887 bildete sich in Dorpat eine Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland. Durch freiwillige Beiträge entstand dann bei Dorpat eine Leproserie, die 25 Kranke aufnehmen kann und eine weitere grössere am Peipus-See für 50 Kranke. Auch in Riga wurde 1891 ein Asyl für Lepröse gegründet, das 40 Pat. beherbergen kann.

Lepra und die Frage ihrer Contagiosität nach Beobachtungen in Konstantinopel; von Prof. E. von Düring. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVI. 6. p. 255; 7. p. 303. 1893.)

v. D. wendet sich gegen den Hauptverfechter der Lehre von der Nichtcontagiosität der Lepra, Zambaco. Seine Beobachtungen sind auch deshalb von grossem Interesse, weil sie am Orte der Wirksamkeit Zambaco's und zum Theil am gleichen Material gesammelt sind. v. D. ist durch sie in seiner Ueberzeugung, dass die Lepra contagiös ist, nur bestärkt worden. Was die Herkunft der einzelnen Leprafälle anlangt, so stammen alle leprösen Türken aus Kleinasien, alle leprösen Griechen von den Inseln. *Endemisch* herrscht die Lepra in Konstantinopel nur unter den spanischen Juden, die eine ganz in sich abgeschlossene Kaste bilden. Alle anderen Fälle sind als eingeschleppt anzusehen.

Während Türken und Griechen grosse Furcht vor Ansteckung haben und deshalb die Leprakranken isoliren oder doch wenigstens meiden, sind die Juden, obgleich sie ebenfalls die Lepra für ansteckend halten und meist im ärgsten Schmutz und Elend leben, nicht dazu zu bringen, sich ihrer Kranken zu entäussern, sondern sie verpflegen sie bis zum Tode in der Familie. Unter ihnen ist auch die Lepra im Zunehmen begriffen.

v. D. giebt zu, dass der anatomische Beweis für die Contagiosität der Lepra noch aussteht, weist aber auf die Phasen hin, die die Tuberkulosenlehre gemacht hat, bis Koch den exakten Beweis erbrachte. Dass Europäer sich in den Colonien Lepra geholt haben, steht als Thatsache fest und beweist allein schon die Uebertragbarkeit der Lepra, während sich die unzweifelhaft ebenfalls vorhandene Heredität ungezwungen als germinative Uebertragung, wie sie Baumgarten bei der Pebrinekrankeit der Seidenraupen nachgewiesen hat, auffassen lässt.

Ausser anderen Beispielen führt v. D. auch eine aus gesunder Familie stammende *Griechin* an, die als kleines Kind nach dem zum grossen Theil von spanischen Juden bewohnten Couscoundjouk kam und dort Lepra erwarb, welche 4 Jahre nach dem Verlassen dieses Ortes bei ihr festgestellt wurde.

Zambaco lässt den Fall nicht gelten, weil die Familie des Mädchens aus Chio stammt, wo Lepra endemisch ist; es habe also bei ihr ethnische Heredität bestanden.

The question of the communicability of leprosy; by Beaven Rake, London. (New York med. Record p. 705. 1893.)

R. giebt einen Ueberblick über die Hauptpunkte der Leprafrage nach ihrem heutigen Stande. Die Leprabacillen sind bis jetzt nur mikroskopisch im Gewebe nachgewiesen, ihre Cultur und die Ueberimpfung sowohl auf Menschen als auf Thiere sind bis jetzt weder R. noch anderen Autoren geglückt.

Was den Einfluss der Vaccination betrifft, so sind Fälle bekannt geworden, in denen bei Leuten, die mit einer von Leprösen entnommenen Vaccine geimpft worden waren, einige Zeit nachher die Lepra zum Ausbruch kam. Dies kam jedoch in Ländern vor, wo die Lepra endemisch ist. Aus den Erhebungen in Indien ist ein Einfluss der Pockenimpfung auf die Ausbreitung der Lepra absolut nicht erkennbar.

Als ganz einwurfsfreie Beobachtung von Leprauübertragung auf einen Gesunden, und zwar in einem Lande, wo Lepra nicht endemisch ist, sieht R. folgenden Fall Benson's an.

Ein Mann kehrte nach 20jähr. Dienst in Indien nach Irland zurück mit vollständig ausgesprochener Lepra. In der letzten Periode vor seinem Tode schlief sein Bruder in demselben Bett mit ihm und trug seine Kleider. Bei diesem Bruder, der niemals Grossbritannien verlassen hatte, entwickelte sich Lepra 3 Jahre nach dem Tode des Ersteren.

Es scheint, dass diese Art der Uebertragung selten ist, und dass nur ausnahmeweise die nöthigen Bedingungen zusammentreffen.

In Hawaï war die Lepra bis vor Kurzem stark in Zunahme begriffen. Ob dies jetzt nachlässt, ist noch zweifelhaft. In Memel (bei Königsberg) geringe Ausbreitung; in Trinidad hat die Zahl der Leprösen auch im Verhältniss zur Einwohnerzahl etwas zugenommen (absolut von 77 im Jahre 1885 auf 414 im Jahre 1890). In Norwegen bestand schon Abnahme vor der zwangsweisen Isolirung. In Irland und Finland ist die Lepra fast ausgetilgt, ohne Isolirung. In den Nordweststaaten von Nordamerika sind trotz Einwanderung von vielen Leprösen keine Neuansteckungen bekannt geworden.

Vom praktischen Standpunkte aus kann die Lepra als weniger ansteckend angesehen werden als die Tuberkulose und verlangt keine grösseren Vorkehrungen als diese.

Ein Beitrag zur Contagiosität der Lepra nach Beobachtungen im St. Nikolai-Armenhause und russischen Armenhause zu Riga im Sommer 1893 und Einiges über die Behandlung der Lepra im städtischen Leprosorium; von Arthur v. Reisner, Arzt d.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

städt. Leprosorium in Riga. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 4. p. 157. 1894.)

In den letzten Jahren wurden in Riga immer häufiger frische Erkrankungen von Lepra beobachtet, so dass unzweifelhaft die dortige Endemie einen progressiven Charakter trägt.

Im St. Nikolai-Armenhause, dessen hygieinische Bedingungen die üblichen sind, fand v. R. unter den 200 alten arbeitsunfähigen Insassen *8 Lepröse* (lauter Frauen). 2 von diesen waren seit 15, bez. 20 Jahren im Armenhause und boten seit etwa 2 Jahren lepröse Erscheinungen, waren also jedenfalls von einer seit 10 Jahren im Armenhause befindlichen, seit 5 Jahren nachweislich erkrankten Leprösen inficirt worden, deren Bettnachbarinnen sie waren und mit der sie eng verkehrten.

4 weitere Fälle von Lepra führt v. R. ebenfalls auf Infektion innerhalb des Asyles zurück. Im russischen Armenhause waren 14 Leprakranke, von denen einer schon 1880 starb. 12 von diesen Fällen sieht v. R. ebenfalls für innerhalb der Anstalt entstanden an und fügt noch einen Fall bei von Dr. A. v. Bergmann, in dem ein lepröser Taschenspieler seinen Kameraden und eine Frau inficirte.

Von 23 Fällen wäre also 9mal die Bettnachbarin einer Leprösen erkrankt, mehrmals war die Erkrankung nach jahrelangem intimen Umgange erfolgt. Nur 6mal musste zufällige Berührung mit den Leprösen angeschuldigt werden; in 4 Fällen war die Krankheit eingeschleppt.

Die Zahl von 22 Erkrankungen auf 340 Armenhäusler im Zeitraume von 4—5 Jahren ist eine sehr hohe. Sämmtliche Pat. hatten das 50. Lebensjahr überschritten, was die auch von anderer Seite gemachte Beobachtung bestätigt, dass die Lepra-infektion auffallend häufig in höherem Alter auftritt.

Ausserdem berichtet v. R. über Heilung eines Falles von Lepra nach innerlicher und äusserlicher Behandlung mit Gurjunbalsam, bekennt aber in einem Nachtrage, dass die Pat. 4 Wochen nach der Entlassung mit einem akuten Recidiv zurückkam.

Zur Aetiologie und Prophylaxis der Lepra; von Dr. Julius Goldschmidt in Madeira. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 7. 1893.)

G.'s Erfahrungen in Madeira sprechen für die Uebertragung von Mensch zu Mensch, obwohl er nur in *einem* Falle dies direkt nachzuweisen im Stande war und obwohl auch ihm weder am Menschen, noch am Thier die Inoculation der Lepra gelungen ist. An Uebertragung durch Insekten glaubt G. eben so wenig, als an eine solche durch die Vaccination. In Europa sind die Küstenländer bevorzugt. Die Städte haben dem Lande gegenüber grosse Immunität bewahrt, ein wesentlich anderes Verhalten als bei der Tuberkulose.

Amerika hat sich trotz vielfacher Einwanderung sehr widerstandsfähig gegen die Lepra gezeigt, selbst was reine Indianer und Neger betrifft; nur in Louisiana, Südcalifornien und Texas sind kleine Herde aufgetreten. An anderen Orten, wie auf Madeira und den Sandwichsinseln, trat die Lepra erst auf, als sich die Schäden der neuen Cultur bemerkbar machten. Europa zeigt sich ziemlich immun gegen Importation, nur einzelne kleine Endemien wurden beschrieben, wie die von Alicante in Spanien oder Chedrille an der Donaumündung.

Nicht klimatische und tellurische Bedingungen sind für Verbleib oder Schwund der Lepra maassgebend, sondern vielmehr sociale Verhältnisse, das Voran-, das Rückschreiten oder Stehenbleiben der menschlichen Cultur.

Maassregeln zur Bekämpfung der Lepra sind: Reinlichkeit, bessere Ernährung, Belehrung, Verhinderung der Heirath von Leprösen. Von Kindern Lepröser darf nicht abgeimpft werden. Nöthig ist ferner eine genaue Statistik über die Zahl der Aussätzigen, zu der auch ausser den Aerzten Lehrer und Geistliche heranzuziehen sind, Verhütung der Einwanderung von Leprösen, Ueberwachung verdächtiger Individuen, Errichtung von Leproserien. In Ländern mit rascher Zunahme der Lepra, wie den Sandwichinseln, müssen auch die Gesunden von Zeit zu Zeit untersucht werden.

Considerazioni sopra alcuni casi di lepra; dal Prof. Celso Pellizari. (Sperimentale XLVII. 14—17. 1893.)

P. führt 10 eigene Beobachtungen an, die beweisen, dass man leprös werden kann, ohne dass man gerade ein kümmerliches Leben geführt haben muss, da die Krankheit auch Leute aus den besseren Ständen befällt; ferner dass die Lepra auch ausserhalb des Landes, wo sie endemisch ist, bei den damit Inficirten noch Fortschritte machen kann. Es muss besondere Bedingungen geben, die die Empfänglichkeit des Individuum, welche in unseren Klimaten sehr gering ist, vermehrt. Gesteigert wird diese Empfänglichkeit durch die Malaria.

Wie P. in Livorno einen bis jetzt unbekannten kleinen Lepraherd nachgewiesen hat, so glaubt er auch, dass, wenn man sucht, auch anderswo und nicht blos in Italien sich solche versteckte Herde finden werden.

Visceral tuberculosis in leprosy; by Beaven Rake, London. Med. Superint. of the Trinidad Leper Asylum. (Lancet I. 13. p. 719. 1893.)

R. hat bei 2 Leprakranken, die rasch unter Lungenerscheinungen zu Grunde gingen, durch Impfversuche festgestellt, dass die gefundenen visceralen Knoten tuberkulöser und nicht lepröser Natur waren. Er neigt wie Danielssen zu der Ansicht, dass Lepra- und Tuberkelbacillus verwandt, wenn nicht identisch sind. Auch er hat wie Danielssen beobachtet, dass mit dem raschen Schwinden der Knoten auf der äusseren Haut häufig das Auftreten von Miliartuberkeln in inneren Organen Hand in Hand geht. Auch dafür führt er

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

einen Fall als Beispiel an, in dem dann spätere Impfungen die tuberkulöse Natur der Eingeweideerkrankungen darthaten.

De la cellule géante dans la lèpre; par Ed. Boinet et A. Borral. (Revue de Méd. XI. 4. p. 339. 1891.)

Während von Manchen das Vorkommen von Riesenzellen in den Lepromen bestritten wird, haben die Vff. solche Gebilde, die den Riesenzellen der Entzündung und des Tuberkels vergleichbar sind, gefunden. Sie scheinen das Ergebniss eines Entzündungsvorganges zu sein und keinen schädigenden Einfluss auf den Bacillus der Lepra zu haben. Hammer (Stuttgart).

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Lepra anaesthetica, insbesondere des Rückenmarks; von Dr. C. Looft. (Virchow's Arch. CXXVIII. 2. p. 215. 1893.)

Nach einer kurzen historisch-kritischen Betrachtung der bisherigen Angaben über das Verhalten des Centralnervensystems bei Lepra, besonders bei der anästhetischen Form, beschreibt L. den makroskopischen und mikroskopischen Befund an Rückenmark und peripherischen Nerven zweier Individuen, die lange an Lepra gelitten hatten *(Lungegaardhospital in Bergen).*

Bei beiden bestanden Veränderungen im Rückenmarke: eine Degeneration der Hinterstränge, im 1. Falle im Halstheile am meisten ausgesprochen, bei relativ freiem Lumbaltheile; im 2. Falle war der Lendentheil am meisten afficirt (Halstheil aus äusseren Gründen nicht untersucht). In beiden Fällen bestanden sehr ausgesprochene Atrophie der hinteren Wurzeln und starke fibröse Degeneration mit Schwund der markhaltigen Nervenfasern und Veränderungen an den Ganglienzellen in den Spinalganglien; die Vorderhörner mit ihren Zellen, sowie die vorderen Wurzeln waren normal; in den zur Untersuchung gelangenden peripherischen Nerven bestanden chronisch entzündliche Veränderungen. Der Bacillennachweis gelang nicht mit Sicherheit.

L. setzt die Veränderungen in Bezug auf die Vertheilung auf den Querschnitt denen der Ergotintabes an die Seite. Als das *Primäre* sieht er die degenerativen Veränderungen in den peripherischen Nerven, namentlich in den Spinalganglien, an.

Hoche (Strassburg).

Die Histologie der akut entstehenden hyperämischen (erythematösen) Flecke der Lepra tuberosa; von Dr. Louis Philippson in Hamburg. (Virchow's Arch. CXXXII. 2. p. 229. 1893.)

Ph. entnahm sein Material einem 13jährigen Leprösen der Unna'schen Klinik. Bei diesem hatte die Krankheit als Nervenlepra begonnen und hatten sich dann die Erscheinungen von Lepra tuberosa hinzugesellt. Im Verlauf der Erkrankung traten erythematöse oder hyperämische Flecke in akuten Eruptionen auf, die mehrere Monate bestanden oder allmählich zurückgingen, auch theilweise Ausgangstellen von Lepromen wurden. Die Haut, auf der sie auftraten, war theils schon leprös infiltrirt, theils noch gesund. Die Erscheinungen der akut auftretenden Flecke und der chronischen Neubildung liessen sich jedoch mikroskopisch nicht von einander abgrenzen. Es zeigte sich, *dass die hyperämischen Flecke durch eine Embolie mit Bacillen verursacht werden.* Es fanden sich nämlich zahlreiche Bacillen innerhalb der papillären und subpapillären Capillaren, wo sie auf den Endothelien lagerten. Einige Capillaren waren dicht mit Bacillen erfüllt.

Alle diese *innerhalb* der Gefässe liegenden Bacillen waren *homogene* Stäbchen, während die in den neugebildeten Zellen oder frei im Gewebe lagernden Bacillen die bekannten Unterbrechungen in der Färbung boten, die Unna mit dem Namen Coccothrix charakterisirt hat.

Die Endothelien der betr. Capillaren boten zahlreiche Mitosen, dagegen war wenig von Leukocyten zu sehen und da, wo Anhäufungen von solchen bestanden, waren keine oder nur wenige Bacillen. Auch die Lymphspalten erwiesen sich als bacillenfrei. Ausserdem fanden sich Zellen an der Capillarwand und zerstreut im Bindegewebe. Zahlreiche Mitosen in verschiedenen Stadien beweisen, dass sie aus den fixen Bindegewebezellen entstanden sind.

Osmiumpräparate zeigten, dass das Protoplasma der Zellen eine *fettige Degeneration* erleidet. Wie erwähnt, zeigen auch die Bacillen im Inneren dieser Zellen das Auftreten von Körnern. Da Alkohol dieses Fett theilweise auszieht, erklärt sich das Aussehen der Zellen in mit Alkohol gehärteten Präparaten.

Der mikroskopische Befund erklärt auch die klinischen Erscheinungen: die Röthung und Schwellung, das Fehlen von Eiterung, die Persistenz, die Möglichkeit spurlosen Verschwindens und die der Entwickelung der Flecke zu Lepromen.

Die Bacillen-Invasion führt also zur Neubildung von Endothelien und Bindegewebezellen. Deletäre Wirkungen der im Innern einer *Endothelzelle* befindlichen Bacillen sind nicht erkennbar, während sie bei Bindegewebezellen fettige Degeneration herbeiführen.

Ein weiteres Phänomen ist die Lückenbildung der Bacillen im Protoplasma. Ph. schliesst, dass den Bacillen hier die Schleimhülle fehlt. Zum Schlusse bespricht Ph. ähnliche Befunde anderer Autoren.

Die Behandlung der Lepra tuberosa mit Europhen; von Dr. Julius Goldschmidt in Madeira. (Therap. Monatsh. 1893.) Sond.-Abdr.

Da Jodoform eine befriedigende Heilwirkung gegen den Tuberkelbacillus zeigt, der dem Leprabacillus so nahe verwandt ist, versuchte G. auch das Europhen, welches ebenfalls Jod abspaltet, aber viel ungefährlicher ist, bei Lepra. Injektionen von 5proc. Europhenöl in die Knoten thaten in 2 Fällen von vorgeschrittener Lepra die Ungefährlichkeit des Mittels dar, ohne allerdings sichtbar zu nützen. Injektionen in scharf abgegrenzte Knoten hatten vielleicht eine günstige Wirkung. Sicher

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

glaubt G. durch lange fortgesetzte Einreibungen von 5proc. Europhenöl einen Kranken geheilt zu haben.

Einspritzung von Pyoktanin in die Lepraknoten liess diese ganz unverändert.

Hammer (Stuttgart).

VI. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

283. **Zur Dammplastik**; von Dr. R. Volkmann in Marburg. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 3 u. 4. p. 209. 1893.)

V. berichtet über die ausgezeichneten Erfolge, die Küster mit seiner Methode der Dammplastik erzielt hat, und die ihn bisher nicht bewogen haben, von dieser Methode zu Gunsten der Lawson-Tait'schen abzugehen.

Die Operationsmethode, die sich zusammensetzt aus der Dieffenbach-Simon'schen triangulären Anfrischung und Naht, der Flächennaht nach Werth und dem hinteren Sphinkterenschnitt (Simon, Wilms u. A.) ist einfach und rasch auszuführen und verdient nicht die Vorwürfe, die den Anfrischungsmethoden im Allgemeinen gemacht werden: lange Dauer der Operation, häufiges Misslingen, zu enge Scheiden, Wiedereinreissen bei späteren Entbindungen u. s. w. Im Ganzen ist die Operation der Dammplastik in dieser Weise an 48 Kr. ausgeführt worden, und zwar wegen veralteter, intra partum erworbener Dammrisse 42mal, wegen totalen Uterusprolapses ohne Dammriss 1mal und wegen anderweitiger Dammverletzungen 5mal. Von den bei der Entbindung entstandenen Dammrissen waren 36 complet.

Die Operationserfolge waren ausgezeichnet; die meisten Kranken konnten längere Zeit nach der Operation wieder untersucht werden.

P. Wagner (Leipzig).

284. **Zur operativen Behandlung des Incontinentia urinae urethralen Ursprungs beim Weibe**; von Dr. G. Himmelfarb in Odessa. (Arch. f. Gynäkol. XLIV. 2. p. 312. 1893.)

Für jene Fälle von Incontinenz, in welchen die Urethra, wie es bei angeborenen Anomalien zu geschehen pflegt, kürzer als normal und tief unter die Schambeinfuge eingezogen ist, empfiehlt H. ein Verfahren, welches er bei einer 17 Jähr., deren Epispadie bereits mehrfach und nach verschiedenen Methoden, doch stets ohne Erfolg operirt worden war, mit Glück erprobte. Bei der Kr. divergirten die grossen Labien mit ihren oberen Rändern um 4 cm, die kleinen Labien wichen dem entsprechend auseinander, so dass ein Frenulum und Praeputium clitoridis vollkommen fehlten. Auch eine Clitoris war nicht vorhanden. Zwischen den gespaltenen Schamlippen befand sich das in der Tiefe unter die Symphyse eingezogene Vestibulum vaginae mit der noch mehr eingezogenen klaffenden Oeffnung der Harnröhre. Diese selbst war kurz und breit. Die Kr. war gänzlich ausser Stande den Harn zu halten.

H. suchte zunächst die Urethra zu verlängern, indem er aus der Schleimhaut und dem unterliegenden Gewebe zu beiden Seiten des Orificium 2 halbmondförmige Lappen bildete, deren Basis eine direkte Fortsetzung der seitlichen Wandungen der Urethra darstellte. Diese Lappen wurden nach innen umgebogen und ihre blutenden Flächen vereinigt. Um dann ferner die Urethra in ihrem oberen Theile zu verschmälern, wurde nach bekannter Art von der vorderen Vaginawand aus in der Gegend des Blasenhalses und des oberen Theiles der Urethra ein ovaler Lappen ausgeschnitten, dicht bis an die Schleimhaut des Harnkanals, und wurden die Wundränder quer vereinigt. Endlich wurde zur Herstellung einer winkligen Umbiegung das ganze Orificium externum urethrae unter die Schamfuge verlegt, indem zwischen Symphyse und oberer Urethrawand ein breiter bogenförmiger Keil ausgeschnitten und die blutende Fläche von oben nach unten zusammengenäht wurde. Brosin (Dresden).

285. **Carcinoma glandulae Bartholini**; von Dr. F. Schweizer in Zürich. (Arch. f. Gynäkol. XLIV. 2. p. 322. 1893.)

Ein hühnereigrosser Tumor, der vor 3 J. Taubeneigrösse besessen hatte, wurde dort aus dem Labium majus dextrum einer 61jähr. Frau entfernt (Dr. Rumpf), wo die Bartholini'sche Drüse ihren Sitz hat. Nach weiteren 3 Mon. Schwellung einer Inguinaldrüse auf Taubeneigrösse. Der Tumor war durch einen 3—4 mm weiten Gang, dem Ductus glandulae Bartholini entsprechend, mit der Oberfläche verbunden. Mikroskopisch erwies er sich als kleinzelliges Carcinom und es ist anzunehmen, das dieses aus der Bartholini'schen Drüse hervorgegangen war. Brosin (Dresden).

286. **Zur pathologischen Anatomie und Symptomatologie der menstruellen Uterusabscheidungen**; von Dr. H. Schönheimer. (Arch. f. Gynäkol. XLIV. 2. p. 304. 1893.)

Eine 29jähr. Frau verlor seit ihrem 25. Jahre bei jeder Periode unter lebhaften Schmerzen Stücke, die einen Ausguss der virginalen Uterushöhle darstellten. Die Grundlage dieser Stücke bildete ein Fibrinnetz, in welchem sich massenhaft kleine Rundzellen fanden. Uterusschleimhaut war darin nicht enthalten. Ausgeschabte Stücke der Uterusschleimhaut zeigten eine mässige Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes ohne akute entzündliche Veränderungen. Bei einer anderen 43jähr. Frau, die wiederholt geboren hatte, entleerten sich etwa bei jeder 3. Periode Ausgüsse des Uterus, die zum Theil aus geronnenem Blute, zum Theil, namentlich der cortikale Abschnitt, aus amorpher Grundlage mit durchziehenden Fäden und eingeschlossenen Blutkörperchen bestanden. Die ausgeschabte Schleimhaut ergab eine massenhafte Wucherung des drüsigen Parenchyms.

In beiden Fällen wird angenommen, dass die Uterusschleimhaut auf Grund alter entzündlicher Vorgänge die Fähigkeit gewonnen habe, zur Zeit der Menstruation fibrinbildende Substanzen in grösserer Menge abzusondern. Diese gebildeten Fibrinmengen werden unter den Erscheinungen der Dysmenorrhoea membranacea ausgestossen. Die Fibrinbildung geschieht nur zur Zeit der Periode, nicht in der Zwischenzeit. Der Vorgang kann, aber muss nicht von einer akuten Entzündung begleitet sein; für ihn ist die Bezeichnung Endometritis menstrualis fibrinosa zu wählen.

Brosin (Dresden).

287. **Ueber Sarcoma uteri deciduo-cellulare und andere deciduale Geschwülste**; von M. Sänger. (Arch. f. Gynäkol. XLIV. 1. p. 89. 1893.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Im J. 1889 hat S. über ein Deciduoma malignum berichtet, welches unter Bildung zahlreicher innerer Metastasen zum Tode führte. Der Fall wird nunmehr ausführlich, namentlich in anatomischer und histologischer Beziehung beschrieben.

Der Uterus enthielt mehrere Tumoren, von denen 2 mit einem Durchmesser von 5—6 cm in der Wand sassen und frei in das Cavum vorragten. Neben diesen Knoten, die als primäre angesehen werden, fanden sich weitere in der äusseren Uteruswand, im Beckenbindegewebe, in den Lungen, dem Zwerchfell und einer Rippe. Sämmtliche Tumoren stachen durch ihre lebhafte rubinrothe Färbung von der Umgebung ab. Sie bestanden grösstentheils aus Blutherden, zwischen denen Gruppen von Zellen auftraten, die vollkommen denen der normalen Schwangerschaftsdecidua glichen. Daneben lag ein Balkenwerk von zartem Bindegewebe vor und traten Riesenzellen auf, während in den Spalten des Bindegewebes weder Endothelien, noch Drüsenzellen zu entdecken waren.

Da ein Abort vorausgegangen war und Schleimhaut im Cavum uteri fehlte, so nimmt S. an, dass die Geschwülste entsprechend ihrem histologischen Charakter als Sarkome aufzufassen seien, die von Resten der Decidua ihren Ursprung nehmen. Die Deciduazellen selbst seien zu Sarkomzellen geworden und dem Tumor komme die Bezeichnung Sarcoma deciduo-cellulare zu.

Die Sarkome, deren Zusammenhang mit der Gravidität bisher nachgewiesen wurde, lassen sich zu folgender pathologischen Reihe vereinigen.

I. Sarcoma deciduale s. deciduo-cellulare uteri ohne nachweisliche Betheiligung chorialer Elemente, in 3 Hauptformen, analog dem gewöhnlichen Sarcoma corp. uteri: 1) das diffuse, ulcerös zerfallende Sarkom der decidualen Auskleidung des Uterus (1 Fall von Chiari, 1 Fall von Schmorl); 2) das knollige, nicht ulceröse Sarcoma deciduo-cellulare, mit vorwiegender Entwicklung innerhalb des Myometrium (Sänger); 3) die knollig-ulceröse, gemischte Form des vorigen (Chiari, Pfeifer).

II. Sarcoma deciduo-cellulare unter Betheiligung chorialer Elemente: 1) nach Blasenmole (P. Müller, Kaltenbach, Guttenplan); 2) mit sarkomatöser Erkrankung der Chorionzotten: Sarcoma chorion-deciduocellulare (Gottschalk, Schmorl).

III. Interstitielle, destruirende: a) Blasenmole (Volkmann) u. s. w.; b) destruirender Placentapolyp (Zahn) u. s. w.

Die Hauptzüge des klinischen Bildes sind: 1) Vorausgegangene rechtzeitige Entbindung, oder Geburt einer Blasenmole, oder Abortus mit allmählichem aber alsbaldigem Uebergang in die Erkrankung. 2) Anhaltende oder nach Ausräumung des Uterus immer wiederkehrende profuse Blutungen und blutig-wässrige Ausscheidungen, welche im Anschluss an die Geburt (Fehlgeburt) oder erst später auftreten. Ausnahmeweise nach Ausräumung des Uterus Aufhören der Blutung. 3) Im Anschluss an die letztere, gewöhnlich erst nach Untersuchung, intrauterinen Eingriffen, blutigjauchiger Ausfluss und Fieber. Sekundäre septische Infektion. 4) Zunehmende Vergrösserung und knollige Gestaltung des Uterus. 5) Rasch fortschreitende, schliesslich schwere Anämie und Kachexie. 6) Direkt nachweisliche Metastasen, besonders der Scheide. 7) Dyspnöe, Husten, blutiger Auswurf, sowie noch andere Symptome und physikalische Zeichen, welche auf Metastasen in den Lungen, sowie auf blutige Transsudate in den Pleuren hinweisen. 8) Rascher Ablauf des Leidens, so dass in den meisten Fällen binnen 6—7 Mon. der Tod eintritt.

Um die Stellung des Sarcoma deciduo-cellulare innerhalb der decidualen Geschwülste überhaupt zu kennzeichnen, empfiehlt es sich, letztere nach folgendem Schema zu gruppiren.

I. Entzündungen (akute und infektiöse Formen ausgeschlossen) und Hyperplasien: 1) Endometritis decidual. (J. Veit); 2) Endom. decidualis hyperplastica (Duncan, Bischoff, Fritsch, Küstner, Hirst u. A.); 3) Endom. decidualis hyperpl. cystica (Hegar, Leopold, Breus); 4) Endom. decid. tuberosa et polyposa (Virchow, Ahlfeld; in der Tube: Wyder).

II. Specifische Hyperplasien (Entzündungen): Endometr. decidualis hyperplast. diffusa syphilitica (Hegar, R. Maier, Kaltenbach).

III. Deciduareste in Umbildung: 1) zu Schleimpolypen (Küstner); 2) zu Endometr. hyperplastica polyposa (Küstner); 3) zu Mucosa uteri (Küstner, Winter, S. Klein).

IV. Polypen: 1) Deciduapolypen (Küstner u. A.); 2) Placentapolypen (Küstner u. A.); 3) usurirende Placentapolypen (Zahn, v. Kahlden); 4) usurirende Blasenmolen (Volkmann u. A.).

V. Neubildungen, „Deciduome“: 1) Adenom der Placenta (Klotz); Adeno-granuloma deciduale (serotinae); 2) Deciduom schlechtweg, Deciduoma benignum; Adenoma deciduale, Deciduo-Adenoma (R. Maier, Klotz); 3) Deciduoma malignum; Sarc. deciduale s. deciduo-cellulare, Deciduo-Sarcoma (Sänger, Chiari, Pfeiffer, P. Müller); 4) Sarcoma chorion-deciduocellulare (Gottschalk, Schmorl, Kaltenbach?).

Brosin (Dresden).

288. **Zur Lehre vom Carcinoma uteri**; von Stabsarzt Dr. Oscar Müller. (Charité-Annalen XVIII. p. 527. 1893.)

M. hat aus den Journalen der gynäkologischen Abtheilung der Charité 577 Fälle von Carcinom, welche von 1883—1893 beobachtet wurden, für diese Arbeit verwerthet. Er bringt zunächst statistische Angaben über die Frequenz des Carc. uteri in den verschiedenen Altersstufen. Es macht sich dabei eine bemerkenswerthe Verschiebung zu Ungunsten der jüngeren Altersklassen bemerkbar. Mehr als ein Drittel aller Erkrankten hatten das 40. Jahr noch nicht überschritten. Bestätigt wird gleichzeitig das häufigere Vorkommen des Carcinoms bei den ärmeren Klassen der Bevölkerung. In 524 Fällen wurde auf das Verhältniss des Carcinoms zur Menopause geachtet und festgestellt, dass diese bei Carcinom durchschnittlich sehr spät auftrat.

500 Kranke hatten im Mittel 5.2 Schwangerschaften durchgemacht, die Zahl der Aborte betrug 0.57 pro Kopf. Die Zahlen bestätigen im Allgemeinen andere entsprechende statistische Angaben. Auch die Thatsache, dass sich das Carcinom nicht selten direkt an Wochenbetten anschliesst, bez. schon in der Schwangerschaft beginnt, wird bestätigt, ebenso der darnach zu beobachtende schnelle Verlauf des Leidens.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

M. geht dann näher auf die frühen Symptome des Carcinoms ein, deren Erkennen und Deutung für Arzt und Kranke so wichtig sind. Betreffs der *Therapie* beschränkt er sich auf einige Bemerkungen über die inoperabelen Krebse. Wo bereits Blutung und Erweichung des Carcinoms eingetreten ist, soll vom scharfen Löffel, von der Scheere, der Glühhitze und den Aetzmitteln ausgiebiger Gebrauch gemacht werden. Bei starker Jauchung muss durch längere vorausgeschickte Desinfektion (Ausspülungen und Tamponade) erst das Operationsfeld gereinigt werden. Zur Nachbehandlung der Wundflächen dienen Jodoform und Jodoformgaze. Von den wirksameren Chlorzinkätzungen, ist, wie es scheint, nie Gebrauch gemacht worden. —

Derselbe Band der *Charité-Annalen* bringt den üblichen *Jahresbericht aus der geburtshülflichen Klinik.* Der Bericht (Verfasser *Stabsarzt Dr. Hünermann*) über das Jahr 1891/92 ist nach dem Schema der früheren verfasst: Bestand 50 Wöchnerinnen, Zugang 1810; im Ganzen sind *1860 Wöchnerinnen* behandelt worden; davon sind 1524 geheilt entlassen, 134 vor Ablauf des sonst normalen Wochenbettes abgegangen, 110 verlegt, 27 gestorben, 63 verblieben in Behandlung. Es starben an Eklampsie 10, Plac. praevia 1, Sepsis puerperalis 13, Phthisis pulmon. 1, Vitium cordis 2.

Beckenenge wurde in 75 Fällen beobachtet (darunter 37 allgemein gleichmässig verengte und 27 einfach platte Becken), 39 Geburten sind dabei spontan, 36 mit Kunsthülfe verlaufen. Von den ersteren Wöchnerinnen erkrankten 3, welche jedoch gesund wurden, von den künstlich Entbundenen starb 1 an Sepsis und 1 an einer alten Niereneiterung. *Eklampsie* kam 35mal vor, in 80% der Fälle bei Erstgebärenden. In der Schwangerschaft wurde *Eklampsie* nicht beobachtet, in der Geburt kamen 12 Fälle vor mit 4 Todesfällen, in der Geburt und im Wochenbett 8 Fälle mit 2, im Wochenbett allein 15 Fälle mit 4 Todesfällen. Weiter enthält der Bericht Angaben über 79 Zangenoperationen, 44 Wendungen (26mal bei Schädellagen), 10 Perforationen (3mal bei lebendem Kind), wovon eine am nachfolgenden Kopf. 1mal wurde die Embryotomie, 1mal der Kaiserschnitt nach Porro ausgeführt. Der Fall betraf eine 36jähr. Erstgebärende mit allgemein verengtem Becken. In der Uteruswand zahlreiche kleine Myome. Erst Uterusnaht nach Jodoformgaze-Tamponade wegen Atonie. Da aber letztere fortbestand und die Blutung zunahm, musste die Porro'sche Amputation gemacht werden. Mutter und Kind lebten.

Von *Wochenbetts*erkrankungen sind erwähnt.

Schwere septische Allgemeininfektion mit Heilung . . .	8	Fälle
Endometritis, Lochiometra . .	33	„
Parametritis	16	„
Perimetritis	6	„
Diphtherie der Genitalien . .	1	„
Fieber ohne Befund	144	„
	208	Fälle.

Dazu kommen 29 Fälle von fieberhaftem Blasenkatarrh, 3 Fälle von Erysipel der Genitalien, 26 Fälle von gestörter Rückbildung ohne Fieber und 4 Mastitiden. Von den 13 Todesfällen werden 7 der Anstalt zur Last gelegt (0.38%).

Aus dem letzten Abschnitt „Fruchtbefunde" interessiren noch die Angaben über *Syphilis.* Die Erkrankung konnte bei Mutter oder Kind oder bei beiden in 90 Fällen festgestellt werden. Bei der Mutter allein in 35 Fällen (7 vor der Conception, 28 in der Schwangerschaft acquirirt). Syphilis der Frucht allein wurde in 17 Fällen gesehen, die Früchte waren stets macerirt, mit Osteochondritis geboren. 38mal war Syphilis bei Mutter und Frucht vorhanden. 33 Kinder wurden macerirt geboren. Die Mütter waren in 20 Fällen vor der Conception inficirt, in 13 Fällen während der Schwangerschaft. Frischtodte Früchte mit Lues congenita wurden 3 geboren, 2 Kinder mit Syphilis wurden lebend geboren, starben aber bald nach der Geburt. Donat (Leipzig).

289. **Ueber die vom Mastdarm ausgehenden Geburtsstörungen**; von Dr. Eugen Holländer in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. XLIV. 1. p. 149. 1893.)

Die häufigste Beeinträchtigung des normalen Geburtsmechanismus von Seiten des Rectum erfolgt durch *Kothverhaltung;* die Diagnose ist leicht zu stellen, die Therapie ergiebt sich von selbst. Die im Becken liegenden Darmschlingen einer *Proctocele vaginalis* erschwerten einmal (Meissner) die Geburt. Die Zusammenziehung des abnorm stark entwickelten *Levator ani* wurde der Literatur nach 4mal zum Geburtshinderniss; man darf sie nur diagnosticiren, wenn eine isolirte Wulstung und Strangbildung im hinteren oberen Theile der Vagina besteht, welche in der Narkose verschwindet. *Gutartige Geschwülste* des Mastdarms behinderten in 2 Fällen die Geburt, Rectumkrebs in 7 Fällen der Literatur und einem 8. (Freund, Strassburg), der hier zum 1. Male mitgetheilt wird und bei dem die Sectio caesarea gemacht wurde. Bei *Carcinoma recti* ist der Kaiserschnitt absolut angezeigt, wenn die Entwicklung per vias naturales als ganz unausführbar erscheint. Auch sonst verdient hier die Sectio caesarea bei Raumverengung den Vorzug vor der Perforation und folgender Extraktion, da bei letzterer das wenig elastische Carcinomgewebe in gefahrvoller Weise zerquetscht wird. Nur bei durchaus günstigen Raumverhältnissen ist ein abwartendes Verfahren gestattet.

Brosin (Dresden).

290. **Weitere Beobachtungen über die Anwendung der Achsenzugzange**; von Dr. W. Nagel in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. XLIV. 2. p. 183. 1893.)

N. tritt seit Jahren für die Achsenzugzange ein; seine Gründe sind die gleichen geblieben (vgl. Jahrbb. CCXXXIII. p. 51), nur die Zahl der Fälle

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

ist beträchtlich (auf 80) gewachsen. Erwähnt sei, dass N. seit dem Beginn seiner Versuche mit der Achsenzugzange alle Geburten bei engem Becken in der Weise behandelte, dass er den Verlauf der Natur überliess und eine Indikation zur Zange abwartete, auf die frühzeitige Wendung, von deren grosser Bedeutung er übrigens überzeugt ist, demnach verzichtete. Die grössten Erfolge misst er der Achsenzugzange in Fällen von langdauernder Geburt bei, wenn der Kopf fest im Beckeneingang steht und der Zustand der Mutter dringend die Beendigung der Geburt verlangt, das Kind aber dabei noch am Leben ist. Man wird hier manches kindliche Leben retten, welches sonst der Perforation zum Opfer gefallen wäre. Ein umsichtiger Arzt, welcher die Gefährlichkeit der Achsenzugzange zu meiden weiss, wird die Geburt zugleich weniger verletzend für die Mutter beenden.

Brosin (Dresden).

291. **Ueber die Schwangerschaftsniere und Schwangerschaftsnephritis**; von Dr. Heinrich Fischer in Prag. Aus Prof. v. Rosthorn's Klinik. (Arch. f. Gynäkol. XLIV. 2. p. 218. 1893.)

Bei 183 Schwangeren wurden regelmässig der Befund des Sedimentes (Centrifugalapparat von *Stenbek*), die täglich ausgeschiedene Harnmenge, das specifische Gewicht, die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Eiweissprobe (nach v. Jaksch) und die der qualitativen Blutprobe aufgezeichnet. Die Untersuchungen wurden in einer möglichst frühen Zeit der Schwangerschaft begonnen, mehrfach wiederholt und bis zum Verschwinden der Formelemente fortgesetzt. Sie ergaben, dass das Vorkommen von Formelementen im Schwangerschaftsharne die Regel (97.7%) bildet, dass der Harn in der Hälfte der Fälle Eiweiss enthält und dass die Veränderungen in der Nierensekretion in eine viel frühere Periode fallen und auch länger zu bestehen pflegen, als man bisher vermuthet hat.

Das Auftreten der *Schwangerschaftsniere* in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ist ein physiologisches Verhalten (90.2%), ihre Prognose ist für Mutter und Kind günstig zu stellen. Sie ist zu diagnosticiren, wenn nach länger festgestelltem Fehlen von Formelementen solche in mässiger Menge während der letzten 4—5 Wochen der Schwangerschaft auftreten und bald nach der Geburt wieder verschwinden. Sie wird angedeutet durch das Vorhandensein zahlreicher Leukocyten neben relativ kleinen Eiweissquantitäten bis 0.05; hyaline, ebenso wie 2—3 granulirte Cylinder in 3 Präparaten oder spärliche rothe Blutzellen ändern die Diagnose nicht.

Die *Schwangerschaftsnephritis* entsteht aus unbekannter Ursache aus der Schwangerschaftsniere, sie findet sich in 7.4% der Fälle und ist als eine schwere Begleiterscheinung der Schwangerschaft aufzufassen. Häufig giebt sie Veranlassung zu Frühgeburten und atonischen Nachblutungen; ihre akute Form führt bei Erstgebärenden oft zu eklamptischen Anfällen. Sie verräth sich durch dumpfe Herztöne, leicht schabende Geräusche an den Herzklappen, Herzklopfen und gespannten Puls, Erbrechen und Kopfschmerzen, allgemeines Oedem der Haut, Erguss in seröse Höhlen und Dyspnöe. Für die Nephritis spricht das Auftreten von Formelementen in einer frühen Periode der Schwangerschaft, ferner eine abnorm starke Zunahme derselben während der letzten 4—5 W., und zwar das der rothen Blutzellen für eine Nephritis acuta, das der granulirten, epithelialen und Fetttropfencylinder für eine Nephritis chronischer Form.

Was die Aetiologie beider Zustände anlangt, so wird durch die vorliegenden Beobachtungen die Stauungstheorie weder klinisch, noch pathologisch-anatomisch unterstützt. Eine Therapie ist bei der Schwangerschaftsniere nicht erforderlich, für die Nephritis ist eine symptomatische Behandlung (Bäder oder feuchte Einpackungen, Trinkkur und strenge Bettruhe) und wenn möglich, die sofortige Entbindung von hoher Bedeutung.

Brosin (Dresden).

292. **Ueber Albuminurie im Anschluss an den Geburtsakt**; von Dr. W. Friedberg. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 4. 1894.)

F. stellt zunächst die verschiedenen Anschauungen über das Zustandekommen der Albuminurie durch den Geburtsakt zusammen. Er selbst pflichtet Aufrecht bei, welcher ebenso wie Lecorché und Talamon die Albuminurie als eine Folge der Wehenthätigkeit (Stauung im Venensystem durch die Wirkung der Bauchpresse) ansieht. Albuminurie findet sich häufiger bei Erstgebärenden, als bei Mehrgebärenden. F. fand von 19 Mehrgebärenden nur bei einer mehr als 1‰ Eiweiss im Urin, von 39 Erstgebärenden dagegen bei 16. Eine lange Geburtsdauer begünstigt das Zustandekommen der Albuminurie erheblich. War eine Ausscheidung von Eiweiss durch die Nieren schon in der Schwangerschaft vorhanden, was bei den Erstgebärenden 6mal, bei den Mehrgebärenden 1mal festgestellt wurde, so steigerte sie sich fast stets im Wochenbett. F. konnte bei 51 Wöchnerinnen, welche erst nach der Geburt Albuminurie zeigten, 3mal, bei 7 Wöchnerinnen, welche schon vorher Eiweiss im Urin hatten, 4mal Cylinder nachweisen. Auch das Auftreten von Cylindern nach der Entbindung, bei vorher gesunden Frauen, bezieht F. auf die durch den Geburtsakt in den Nieren entstehende venöse Stauung.

Brückner (Dresden).

293. **Ueber 455 Fälle von Eklampsie aus der St. Petersburger Gebäranstalt**; von E. Bidder. (Arch. f. Gynäkol. XLIV. 1. p. 165. 1893.)

Die Beobachtungen, welche den Zeitraum 1873 bis 1891 umfassen, machen es wahrscheinlich, dass

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

die Häufigkeit der Eklampsie in den letzten Jahren beständig zugenommen hat. Für das Vorwiegen der Krankheit in einer bestimmten Jahreszeit gaben sie keinen Anhalt, eben so wenig für einen epidemischen Charakter oder eine Ansteckung. Erste und Zwillingsschwangerschaften sind erheblich bevorzugt, in geringerem Grade alte Erstgebärende. Sehr häufig wird Eklampsie bei Frühgeburten beobachtet, so dass man vermuthen darf, dass für beide dieselbe Ursache vorliegt. Die Eklampsie hängt nicht von den Geburtswehen ab, sie tritt sehr häufig auch ohne solche ein. Die Ausstossung des Kindskörpers übt in wenigstens der Hälfte der Fälle einen äusserst günstigen Einfluss auf den Verlauf aus. Auffallend selten sind bei Eklampsie macerirte Früchte; sie kommen eigentlich nur vor als Folge von in der Schwangerschaft überstandener Eklampsie. In etwa einem Drittel sämmtlicher Fälle tritt Eklampsie ein zu einer Zeit, wo Stoffwechselprodukte des Kindskörpers als Ursache kaum mehr in Frage kommen; es darf indessen nicht vergessen werden, dass die Eklampsie nur Schwangere, Kreissende und Wöchnerinnen befällt und dass also die Ursache der Eklampsie die Veränderungen, denen der weibliche Körper während des Fortpflanzungsgeschäftes unterworfen ist, als Bedingung voraussetzt.

Sowohl für die Mütter, als für die Kinder waren verhältnissmässig sehr günstige Resultate zu verzeichnen. Von 455 Frauen sind im Ganzen 79 (17.3%) gestorben, davon 31 an complicirenden Krankheiten, so dass nur 48, d. h. 10.5% der Eklampsie selbst erlegen sind. Die Gefahr der Eklampsie steigt mit der längeren Dauer der Wehenthätigkeit. Von den 490 Früchten kommen 9 als Aborte in Abzug, 370 = 76.9% wurden lebend geboren, so dass der Verlust vor und während der Geburt nur 23.1% beträgt.

Bei der Behandlung wird von der Annahme ausgegangen, die sich auf besondere Experimente, stützt, dass die nächste Ursache des Anfalles in einer akuten Ernährungslosigkeit des Gehirns oder wenigstens gewisser Theile desselben zu suchen ist. Es werden daher grosse Dosen Opiate gegeben, um eine Gehirnhyperämie hervorzurufen. Daneben wird von *Priessnitz*'schen Einwicklungen und von heissen Bädern Gebrauch gemacht. Ueberall da, wo die Bedingungen für relativ gefahrlose Entbindung gegeben sind, ist die Eklampsie an sich als Indikation dafür anzusehen, wo es angeht, sind sogar die Bedingungen für die Entbindung in künstlicher Weise zu schaffen. Brosin (Dresden).

294. **Zur Histologie der Extrauterinschwangerschaft, nebst Bemerkungen über ein sehr junges mit der uterinen Decidua gelöstes Ei**; von R. Kossmann. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 1. p. 266. 1893.)

K. hatte Gelegenheit, eine durch Laparotomie entfernte, in der 5. bis 6. Woche schwangere Tube, sowie einen exstirpirten, ebenfalls in der 5. Woche schwangeren Uterus noch lebenswarm zu untersuchen. Die Lösung des Eies im letztgenannten Präparat gab den Beweis, dass selbst in diesen frühesten Stadien der Schwangerschaft die Lösung des Eies, ganz wie bei normaler Geburt, im Inneren der Decidua vor sich geht. Auf Grund seines Präparats nimmt K. an, dass das menschliche Ei keineswegs mittels der Enden seiner Zotten in einer anfangs nur ganz lockeren Weise an der Decidua haftet, sondern dass diese Verbindung eine sehr innige ist und erst durch künstliche Eingriffe gewaltsamster Art oder durch Maceration gelöst werden kann, während beim Abort die dem Ei zugewandten Schichten der Decidua sich mit abstossen und dem abgelösten Ei zunächst noch anhaften.

Bezüglich des Syncytium vertritt K. die Ansicht, dass es maternen Ursprungs und ein Umwandlungsprodukt des Epithels sei. K. ist überzeugt, dass von mehreren Forschern Schnitte durch Decidualsepten für Zottenschnitte gehalten worden sind, gerade weil auch sie einen Ueberzug von Syncytium haben.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

295. **Ueber extrauterine Schwangerschaft.** (Vgl. Jahrbb. CCXXXIX. p. 243.)

1) *Ueber ektopische Schwangerschaft*; von A. Martin. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 22—24. 1893.)

2) *Zur Lehre von den Extrauterinschwangerschaften*; von Dr. Albert Sippel in Frankfurt a. M. (Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 37. 1892.)

3) *Ueber wiederholte Tubengravidität bei derselben Frau*; von Dr. Karl Abel in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. XLIV. 1. p. 55. 1893.)

4) *Ruptured tubal pregnancy: Abdominal section; removal of foetus and gestation cyst in recovery*; by John W. Byers, Belfast. (Brit. med. Journ. April 29. 1893. p. 886.)

5) *2 Fälle von Extrauterinschwangerschaft. Laparotomie. Heilung.* (Prag. med. Wchnschr. XVIII. 24. 25. 1893.)

6) *5 Fälle von Extrauteringravidität*; von Dr. V. Schneider. (Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 37. 1892.)

1) Die Aufklärung der heute noch unleugbar bestehenden Unklarheit unserer Einsicht in den Mechanismus der ektopischen Einsertion ist nach Martin erst dann zu erwarten, wenn wir den Ort der physiologischen Berührung zwischen Ei und Sperma sicher kennen werden. M. nimmt mit Wyder an, dass diese Berührung physiologisch im Cavum uteri erfolgt. Wo sie erfolgt, da bleibt das Ei auch liegen; über die Möglichkeit der Wanderung eines befruchteten Eies ist nach M. Positives nicht bekannt. Die Untersuchung von Präparaten ektopischer Schwangerschaft hat M. zu der Annahme geführt, dass diese sich nur in einem gesunden Gebiete entwickelt; das Gebiet kann zwar vorher erkrankt gewesen sein, zur Zeit der Einsenkung des Eies muss jedoch seine Restitutio ad integrum oder nahezu dahin erfolgt gewesen sein.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Bezüglich der *primären Abdominalschwangerschaft* bedürfen unsere Kenntnisse über den Ort der Eieinbettung nach M. noch der Erweiterung; für die abdominale Schwangerschaft muss der Nachweis beider gesunden Tuben und Ovarien, ferner der einer rein peritonäal gebildeten Decidua verlangt werden. Die Fälle Sutugin's (Jahrbb. CCXXXIX. p. 244) entsprechen nach M. diesen Bedingungen nicht.

M. theilt dann einen, die tuboabdominale Form in reinster Gestalt kennzeichnenden Fall von Tubenschwangerschaft mit. Es handelte sich um primäre Insertion des Eies auf der Fimbria ovarica, in deren Bindegewebekörper Deciduazellen nachgewiesen werden konnten. Wäre in diesem Fall nicht im ersten Monate schon die Ruptur des Fruchtsackes erfolgt, so wäre die Fimbria ovarica wahrscheinlich in der Placenta materna aufgegangen und der Fall hätte dann ein scheinbar einwandfreies Beispiel einer primären Abdominalschwangerschaft vorgetäuscht.

Die *ovarielle Form der Einbettung* ist nach M. durch eine Reihe von Präparaten sichergestellt.

Fälle von *ektopischer Schwangerschaft bei Ovarialtube* sind bis jetzt selten beobachtet; M. theilt 5 hierher gehörige Beobachtungen ausführlich mit und giebt von einem dieser Fälle eine sehr gute Abbildung. Als Ovarialtube bezeichnet M. die Fälle, in denen ein Hohlraum der Ovariumcyste oder ein Follikel mit dem Lumen der Tube confluirt. Sehr bemerkenswerth sind nach M. die Ausgänge bei der Schwangerschaft bei Ovarialtube; bei der tubaren Insertion ist 3mal die Endkatastrophe in sehr früher Zeit, nämlich in der 4. bis 5. Woche, erfolgt. Es ist zur Blutung an der Eiinsertion gekommen, das Blut hat aber nicht die Tubenwand gesprengt, sondern ist auf dem nicht verschlossenen Wege durch das Fimbrienende in den Ovarialraum gedrungen. Eitrümmer und vielleicht auch der Fötus sind hier hineingelangt. Die Wand des Ovarialraumes wurde schliesslich gesprengt, so dass die Katastrophe eintrat. In allen 5 Fällen schienen die Beschwerden der ektopischen Insertion ganz besonders gesteigert; in allen war die mit der Endkatastrophe verbundene Anämie eine sehr starke, lebenbedrohende, so dass ihr 2 Kranke von 5 erlagen.

Nach Ausschaltung von 20, für das Studium des *Hergangs tubarer Schwangerschaft* nicht verwerthbaren Fällen, theilt M. die übrig bleibenden 41 Fälle eigener Beobachtung in 3 Gruppen.

Die *erste Gruppe* umfasst 14 Fälle; in diesen lag das Ei mehr oder weniger seiner äusseren Form nach intakt in dem Eisack; es war kein Blut in die Bauchhöhle getreten, wohl aber war das Ei zu Grunde gegangen und wurde in den verschiedenen Stadien der Maceration und Resorption angetroffen. In den einzelnen Fällen war die Schwangerschaft im ersten bis achten Monate durch die Blutung in den Fruchtsack gestört worden. Nur in 3 Fällen wurde der Fötus vorgefunden. Für diese Fälle scheint nach M. die Möglichkeit einer völligen Ausheilung gegeben, besonders unglückliche Zufälle müssen eingetreten sein, wenn hier noch Nachschübe oder Zersetzungen erfolgen sollten.

Die *zweite Gruppe* umfasst 9 Fälle von *Ruptur;* auffallend war, dass in 4 Fällen das Ei isthmisch inserirt war, bez. am Uebergang der Ampulle zum Isthmus. In allen Fällen von Ruptur bestanden eigenthümliche Schwierigkeiten, welche den physiologischen Weg versperrten. Nachdem es zur Incongruenz zwischen Ei und Nährboden gekommen und die zarten Gefässe desselben in Ermangelung eines geeigneten Stützapparates geborsten waren, sprengte das Blut die Hüllen. M. nimmt an, dass die Ruptur in allen Fällen als das Ergebniss einer besonderen Complikation der ektopischen Eiinsertion anzusprechen ist.

In die *dritte Gruppe* reiht M. 16 Fälle von *tubarem Abort* ein. In 14 dieser Fälle befand sich die Insertion des Eies in dem ampullären Theil der Tube. Als weiteren bedeutungsvollen Punkt hebt M. hervor, dass von den 16 Fällen in 9 die Schwangerschaft bis zum 2. Monate gediehen war, nur bei 4 trat der Abort im 1., bei 1 im 3. und bei 2 im 4. Monate ein; die Ampulle und auch der Isthmus sind also wohl fähig, das Ei bis zu dieser Grösse aufzunehmen. Nach M.'s Beobachtungen erfolgt die Ausstossung des Eies lediglich durch die Blutung, welche an der Insertionstelle sich entwickelt; häufig nimmt diese Blutung einen Verlauf in Absätzen. Nach M. erfolgt das Ende der ektopischen Schwangerschaft in den frühen Monaten überwiegend häufig in der Form des tubaren Abortes; dieser Hergang ist die Regel und spontane Ruptur erfolgt nur da, wo die Möglichkeit des Abortes durch die Verlegung des Ostium abdominale tubae ausgeschlossen ist, oder die Eiinsertion in einer Schleimhauthernie die Wand unmittelbar durchbohrt.

2) Bei einer von Sippel moribund angetroffenen Frau ergab sich folgender Sektionsbefund: Bauchhöhle hoch hinauf mit Blut gefüllt, Uterus vergrössert und weich, weder im Uterus, noch in der Vagina eine Decidua, kein Blutabgang nach der Vagina, in der rechten Tube ein Fruchtsack mit frischer Rissstelle als Quelle der Blutung, *das Corpus luteum sass im Ovarium der anderen Seite,* im Uebrigen normaler Befund der Beckenorgane.

Es hatte also eine äussere Ueberwanderung des Eies stattgefunden. In 2 weiteren Fällen von tödtlicher Blutung nach geborstener Tubenschwangerschaft fand S. das gleiche Verhalten und von 3 dem Frankfurter pathologisch-anatomischen Institute angehörenden, nach dieser Richtung hin von S. untersuchten Präparaten wurde gleichfalls bei 2 derselbe Befund erhoben. S. wirft hierbei die Frage auf, ob nicht vielleicht ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Tubenschwangerschaft und äusserer Ueberwanderung besteht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Eine weitere Beobachtung betraf eine Tubengravidität des 7. Monats mit lebendem Kind. S. wollte bei der Operation die Gefahr der Blutung aus der Placentastelle nach dem Vorgang von Schauta durch Ligatur oder eventuell durch Compression der A. spermatica interna beseitigen. Durch den Gegendruck der Bauchmuskeln gegen den aus der Bauchhöhle hervorgetretenen Fruchtsack zerriss der letztere jedoch quer über der Placenta und es erfolgte eine so starke Blutung, dass die Kranke, obwohl die Blutung schliesslich durch Compression der Spermatica interna gestillt werden konnte, 20 Stunden später erlag.

S. beabsichtigt, in einem ähnlichen Falle direkt einen Längs- und Querschnitt auszuführen, um auf diese Weise mit Sicherheit die Gefahr der Ruptur des Fruchtsackes durch Gegenpressen der Bauchmuskeln bei Nachlass der Narkose oder bei Brechbewegungen zu vermeiden und um weiterhin dadurch die schnellere, leichtere und sicherere Auffindung der Spermatica interna zu ermöglichen.

In einem dritten Falle wurde von S. in dem eingenähten Fruchtsack einer 7monatigen Tubenschwangerschaft nach dem Vorgange von Freund die zurückgelassene Placenta und deren Umgebung mit Salicylsäure-Tanninpulver 1:2 bestreut und der Sack mit Jodoformgaze ausgestopft. Am 3. Tage perakute, diffuse Peritonitis, die zum Tode führte. Die *Sektion* ergab, dass eine dünne Stelle der Fruchtsackwand durch das eingestreute Pulver vollständig verschorft, zum Absterben gebracht und dann einfach geborsten war. Der Fall lehrt nach S., dass das Einstreuen des Salicyl-Tanningemenges unter Umständen, namentlich bei dünnem Fruchtsack, nicht unbedenklich ist. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

3) Sieben sicheren Fällen der Literatur fügt Abel einen achten Fall von wiederholter Tubenschwangerschaft hinzu.

Die 29jähr. Patientin hatte vor 7 Jahren geboren, vor 5 Jahren im 6. Monate abortirt und war vor 2 Jahren wegen linkseitiger geplatzter Extrauterinschwangerschaft in der Charité laparotomirt worden. Jetzt fand sich, nachdem die Menses das letzte Mal mit einer Verspätung von 14 Tagen aufgetreten waren und inzwischen 4 Wochen angedauert hatten, ein gänseeigrosser, beweglicher Tumor der rechten Anhänge, der als gravide Tube gedeutet wurde. Die Laparotomie bestätigte die Diagnose, nur überraschte das Vorhandensein freien Blutes in der Bauchhöhle und eines Risses im Tubensack, da Erscheinungen der Ruptur nicht vorhanden gewesen waren.

Als gemeinschaftliche Ursache für beiderseits auftretende Tubengravidität liegt es nahe, an eine abnorme Gestaltung der Tuben zu denken, welche in deren embryonaler Entwicklung bedingt ist. So machte W. A. Freund das Vorhandensein bestimmter spiraliger Windungen verantwortlich, wie sie durch die Entwicklungsgeschichte der Tuben erklärt werden. A. fand diese Windungen vor, daneben aber entdeckte er bei der exstirpirten graviden Tube jetzt im dritten Falle, dass auch innerhalb der Tube mit ihren Windungen der Kanal keinen gestreckten Verlauf nahm, sondern bald horizontal verlief, bald sich in den verschiedensten, dem Verlaufe des Rohres mitunter entgegengesetzten Richtungen wand. Weder in diesem Falle, noch in den beiden anderen war sonst irgend eine Veränderung festzustellen, welche die Ursache für eine Tubengravidität hätte abgeben können. Es ist daraus zu schliessen, dass für derartige in ihrer Entwickelung zurückgebliebene Tuben (infantile Tuben) die Eileiterschwangerschaft physiologisch ist. Bei Frauen, die einmal Extrauteringravidität, bez. Hämatocele überstanden haben, wird durch diese Anamnese in zweifelhaften Fällen die Diagnose der Tubengravidität erleichtert werden. Die ausgestossene Decidua bei Extrauteringravidität unterscheidet sich von den Produkten der Dysmenorrhoea membranacea dadurch, dass in ersterem Falle spontan nur die Zellenschicht aus dem Uterus ausgestossen wird und die Drüsenschicht zurückbleibt, im letzteren Falle dagegen die Membran Drüsen enthält. Bei der Operation ist das Verhalten der nicht betroffenen Theile zu untersuchen und diese sind im Erkrankungsfalle unter Zurücklassung des Ovarium mit zu entfernen.

Brosin (Dresden).

4) Byers theilt folgenden Fall mit:

33jähr. Frau. 1 normale Geburt vor 10 Jahren, ein Abort vor 4 Jahren. Juli 1891 Collaps. B. hielt damals den Zustand für eine rupturirte Tubenschwangerschaft. Ende Juli 1892 letzte normale Periode. Mitte August blutig-wässeriger Abfluss, bis Ende August anhaltend. Brüste schmerzhaft, geschwollen. Eine Woche später Blutung. Am 14. September Schmerz mit Ohnmacht. Die Kr. erholte sich, aber am 30. Sept. trat ein starker Collaps ein. Operation zunächst abgelehnt, am 2. Oct. Verschlimmerung des Zustandes. Bauch aufgetrieben, undeutliche Fluktuation. Am 3. Oct. Vormittags Laparotomie. Eine grosse Menge Blutcoagula und Serum wurden entleert. Die linke rupturirte Tube wurde entfernt. Auswaschung des Peritonaeum, dabei Fötus im Amnion entfernt. Glasdrainage. Verlauf günstig.

5) I. 28jähr. Nullipara. Kurz nach der letzten Regel am 19. Juni 1892 schleimig-blutiger Ausfluss, kolikartiger Schmerzanfall mit Harnverhaltung. Bräunlicher Ausfluss. Am 18. Juli Gebärmutter vergrössert, doch nicht einer 10wöchigen Schwangerschaft entsprechend, leicht beweglich. Links daneben eine gänseeigrosse weiche Geschwulst. Am 24. Juli Blutung mit Abgang eines linsengrossen Häutchens (Decidua). Operation am 29. Juli. An der linken Beckenwand adhärente, über orangengrosse Cyste gelöst, welche bei der Entwicklung platzte. Normaler Verlauf. Das Präparat bestand aus linkem Eierstock und Pars ampullaris der linken Tube. An letztere, sowie an die hintere Wand des Fledermausflügels war ein 5 qcm grosser Rest einer Sackwand gelagert, die mikroskopisch aus vaskularisirtem Bindegewebe mit grossen Zellen (Deciduazellen) bestand. In dem aus dem Sack entleerten Blutcoagulum Chorionzotten.

II. 28jähr. Frau. 3. Schwangerschaft. 1. Entbindung normal. Februar 1889 Abortus. Am 22. Juni 1891 letzte Menses. Am 8. September plötzliche Schmerzen im Unterleib. Am 18. Sept. wieder heftige Leib- und Kreuzschmerzen. Erbrechen. Befund am 19. Sept.: Unterleib leicht aufgetrieben, im linken Hypochondrium druckempfindlich. Genitalien wenig aufgelockert. Uterus vergrössert. Neben ihm eine weiche, orangengrosse Geschwulst, den oberen Beckenrand nicht überragend. Am 22. plötzlich starke Schmerzen, Erbrechen, darauf Ohnmacht. Puls 120. Abgang von Blut.

Am 25. September Bauchschnitt: Entleerung einer grossen Masse dunklen Blutes aus der Bauchhöhle. Entwicklung der Cyste, Entfernung älterer Gerinnsel aus dem Douglas'schen Raum. Verlauf ohne Besonderheiten. Am 26. Sept. Abgang einer Decidua. Das gewonnene Präparat stellte eine Tubenschwangerschaft in einer bruchartigen Auswölbung der Tube dar. Fötus 4 cm lang. Die Placenta sass an der hinteren oberen Wand des Sackes. Vf. fand eine Knickung des Tubenkanals, lässt jedoch unentschieden, ob diese vor der Schwangerschaft bestanden habe, oder erst während ihr entstanden sei.

Präger (Chemnitz).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

6) Schneider berichtet über folgende 5 Fälle:

Fall I. Extrauteringravidität, diagnosticirt im 4. Mon., Operation damals verweigert. Laparotomie im 7. Monate, Einnähen des Fruchtsackes, Entwickelung eines lebenden Kindes. Heilung. Nach 9 Monaten Chloroformtod vor Beginn einer Operation, die behufs Beseitigung des nach der Laparotomie entstandenen Bauchbruchs vorgenommen werden sollte. Die entwickelte Frucht war 27 cm lang und starb nach $3^1/_2$ Stunden.

Fall II. Linkseitige Tubengravidität des 3. Monates mit intraligamentärer Entwickelung des Fruchtsackes. Laparotomie nach erfolgtem Fruchttode. Exstirpation des Fruchtsackes. Heilung.

Fall III. Verjauchte Haematocele retrouterina, entstanden wahrscheinlich in Folge von Ruptur eines rechtseitigen tubaren Fruchtsackes. Eröffnung der Hämatocele vom Douglas'schen Raum und den Bauchdecken aus. Entstehung einer Darmfistel. Darmnaht. Heilung.

Fall IV. Linkseitige Tubengravidität etwa im 3. Mon. Heilung nach Punktion des Fruchtsackes.

Fall V. Linkseitige Tubenschwangerschaft, cystische Entartung des linken Ovarium. Laparotomie. Exstirpation der linken Tube und des linken Ovarium. Im Fruchtsack kein Fötus, aber Chorionzotten vorhanden. Heilung.

In den mitgetheilten 5 Fällen gab die Anamnese keinerlei Anhaltepunkte für die Entstehung der Extrauterinschwangerschaft. Die Exstirpation des Fruchtsacks wird auch von Körte allen anderen Verfahren vorgezogen. Die im Fall IV zunächst aus rein diagnostischen Gründen vorgenommene Punktion des Tumor erscheint Schn. trotz des glücklichen Erfolges nicht empfehlenswerth, da einmal Blutung und Ruptur des Sackes nach der Punktion eintreten können, und andererseits Beobachtungen vorliegen, bei denen trotz Entfernung des Fruchtwassers durch Punktion die Frucht sich weiter entwickelte.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

296. **Ueber homologe Zwillinge**; von Dr. M. Miller. (Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVI. 3. p. 333. 1893.)

Homologe Zwillinge (eingeschlechtliche Zwillinge mit grosser physischer und psychischer Aehnlichkeit) machen etwa 14% der eingeschlechtlichen Zwillingsgeburten aus. Homologe Zwillinge entwickeln sich wahrscheinlich aus einem Keim, welcher sich unter irgend welchen Einflüssen in zwei Hälften theilt. M. bringt eine Reihe von Beispielen, aus denen die grosse Aehnlichkeit der homologen Zwillinge hervorgeht. In einzelnen Fällen kann sie fehlen. (Ungarische Schwestern, siamesische Zwillinge.) Brückner (Dresden).

297. **Casuistische Beiträge aus der Klinik des Herrn Geh.-Rath Gusserow**; von Dr. Oscar Müller. (Arch. f. Gynäkol. XLIV. 2. p. 263. 1893.)

1) *Ein Fall von angeborener Hymenalcyste.* Bei einem Neugeborenen mit Harnretention fand sich als Ursache der letzteren eine halbkugelige Geschwulst von der Grösse einer grossen Weinbeere in der vorderen Hälfte des Hymens, die Geschwulst verdrängte die Urethra; nach Punktion wurde die Harnentleerung normal. Für die Entstehung der Cyste wird die Theorie Schaeffer's herangezogen, nach welcher diese Cysten durch Verwachsung der freien Ränder von convergirenden Hymenalfalten gebildet werden.

2) *Haemophilia congenita. Tödtliche Blutung aus den Augenbindehäuten.* Bei einem etwas zarten Neugeborenen weiblichen Geschlechtes war Argentum nitricum in 1proc. Lösung in die Augen geträufelt und diese Einträufelung nach 12 Stunden wegen Verdachtes auf Blennorrhöe wiederholt worden. Bald darauf reichliche Blutung aus beiden Bindehäuten, die trotz Druckverbandes nach 3 Tagen zum Tode führte.

Da weder im Leben, noch bei der Sektion irgend eine makroskopisch nachweisbare Verletzung oder Veränderung der blutenden Schleimhaut zu finden war, so wird der Fall der Hämophilie zugerechnet.

Brosin (Dresden).

298. **Ueber angeborene Dilatation und Hypertrophie des Dickdarms**; von Dr. G. Genersich. (Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 91. 1883.)

Erblich nicht belastetes Kind. Nach der Geburt Entleerung von „ölartigem Schleim" aus dem After. Am 2. Tage Anschwellung des Bauches. Trotz der Anwendung von Abführmitteln kein Stuhlgang. Erweiterte Hautvenen am Bauche. Nach Eintritt in ärztliche Behandlung geringe Besserung, lehmiger Stuhl. Plötzlich starker Durchfall. Status: $1^1/_4$jähr., etwas zurückgebliebenes Kind. Rhachitis. Starker Meteorismus (Bauchumfang 55 cm). Hautvenen erweitert. Ein Darmrohr konnte leicht 30 cm weit eingeführt werden. Dabei reichliche Luftentleerung. Trotz Darmeingiessungen und Verordnungen von Senna-Infus erst nach 8 Tagen reichliche breiige Stuhlentleerung. Nach einiger Zeit wieder Verschlimmerung. Fieber, Erbrechen, Durchfall. Abflachung des Leibes. Herzschwäche. Tod.

Sektion: Dickdarm stark erweitert, etwa so gross wie der eines Erwachsenen. Abdominale Lymphdrüsen vergrössert. Im queren und aufsteigenden Dickdarm zahlreiche Geschwüre. Wand des Dickdarms in allen Theilen hypertrophisch. Im unteren Theile des Dünndarms Röthung und Schwellung der Peyer'schen Haufen.

G. fasst die Krankheit als Folge einer abweichenden Entwicklung des Darmrohres auf, deren eigentliche Ursache unbekannt ist. Aehnliche Fälle hat Hirschsprung beschrieben. Auch in der Henoch'schen Poliklinik konnte noch eine gleiche Beobachtung gemacht werden. Die Diagnose des Leidens ist aus dem Verlaufe zu stellen. (Von Geburt an bestehende Verstopfung, starke Auftreibung des Unterleibes, Abwesenheit einer Verengerung im unteren Darm, Erweiterung des Colon. Später Abmagerung, Durchfall.) Die bis jetzt lange genug beobachteten Kinder starben sämmtlich.

Brückner (Dresden).

299. **Cases to illustrate the relationship, which exists between wryneck and congenital haematoma of the sterno-mastoid muscle**; by D'Arcy Power. (Transact. of the med.-chir. Soc. LXXVI. 1893.)

P. vermochte aus der Literatur und unter Benutzung seiner eigenen Erfahrungen (5 Fälle) 106 Fälle von Hämatom des M. sternocleidomastoideus zusammenzustellen. Er kommt bei der Durchsicht dieser Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: Das Hämatom des Kopfnickers ist selten durch intrauterine Einwirkungen veranlasst. Meist entsteht es durch Verletzungen während der Geburt.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Gelegentlich (in 21 Fällen) schafft es Anlage zu Schiefwuchs bei sonst gesunden Kindern. Der Schiefwuchs kann solche Grade annehmen, dass sich die Durchschneidung der Sehne des Kopfnickers nothwendig macht. Er ist nicht von Ungleichheit des Gesichts begleitet. Kinder mit angeborenem Hämatom des M. sternocleidomastoideus müssen längere Zeit beobachtet werden, damit der Entwickelung der Verkrümmung rechtzeitig entgegengewirkt werden kann.

Brückner (Dresden).

300. **Ein weiterer Fall von kindlichem Scorbut mit subperiostealen Blutungen — Cheadle-Barlow'sche Krankheit**; von H. Rehn in Frankfurt a. M. (Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 1. p. 107. 1893.)

1½jähr. Kind. Ein halbes Jahr gestillt, später mit Kuhmilch genährt. Im 8. Monat Lungenentzündung und Darmkatarrh. Ernährung mit sehr dünner Lösung von *Voltmer*'scher Milch. Status: Zahnfleisch der oberen Schneidezähne scorbutisch. Leichte Verdickung der Rippenepiphysen. Die untere Diaphysengegend der Unter- und Oberschenkel bis zur Mitte aufwärts aufgetrieben, ungemein schmerzhaft. Einleitung der Ernährung mit Kuhmilch, Verabreichung von Fleischsaft bewirkten nach 3 Wochen Genesung. Die bakteriologische Untersuchung fiel nach jeder Richtung hin negativ aus. R. sieht die Ernährungstörung allein als Ursache der Erkrankung an. Da Cheadle zuerst die scorbutische Natur des Leidens betont hat, schlägt R. den Namen Cheadle-Barlow'sche Krankheit vor.

Brückner (Dresden).

301. **Contribution à l'étude de l'indicanurie chez les enfants**; par Lioubitza Djouritch. (Revue mens. des mal. de l'enf. XII. p. 49. Févr. 1894.)

In 51 Fällen hat D. bei Kindern den Urin wiederholt auf Indican untersucht und dieses bei gesunden Kindern stets vermisst oder wenigstens nur in so geringen Mengen nachweisen können, dass man das Auftreten des Indican im Urin als eine krankhafte Erscheinung betrachten muss. Es fand sich besonders bei Kindern mit akuten und chronischen Verdauungskrankheiten, im akuten Stadium des Typhus, der Lungenentzündung, bei Bronchitis, Chorea und Diphtherie, besonders constant und beständig während der ganzen Krankheitsdauer bei Tuberkulose und deshalb ist in diagnostisch schwierigen Fällen von Tuberkulose die Indicanreaktion von grosser Bedeutung.

Goldschmidt (Nürnberg).

VII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

302. **Eigene Erfahrungen über Aneurysmen an den Extremitäten und am Halse**; von Th. Billroth. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 50. 1894.)

In dieser letzten Arbeit berichtet der verstorbene Meister der Chirurgie über seine Erfahrungen über *Aneurysmen an den Extremitäten und am Halse*. Unter 23000 Kr., die B. von 1860—92 in den Kliniken in Zürich und Wien beobachtet hat, befanden sich 26 mit Aneurysmen an den Extremitäten und am Halse. Unter diesen 26 Fällen waren 15 traumatischen Ursprungs und nur 11 sogen. spontane Aneurysmen. Von den 11 *spontanen Aneurysmen* fielen 8 auf die Art. poplitaea (bei 1 Pat. doppelseitig), 2 auf die Art. carotis, 1 auf die Art. subclavia. Nur 2 dieser Kr. litten mit Sicherheit, ein 3. wahrscheinlich an ausgedehntem Arterienatherom. B. schliesst aus diesen Erfahrungen, dass das Aneurysma poplitaeum spontaneum nicht immer in Folge von Arterienatherom entsteht, sondern dass eine gewisse Zartheit der Arterienwandungen genügt, um bei manchen, häufig wiederkehrenden Bewegungen anfangs kleinere, nach und nach grösser werdende Dehiscenzen in der Arterienwand entstehen zu lassen.

Bei der *Behandlung* der Extremitäten- und Hals-Aneurysmen hat sich B. in der Hauptsache der *Compressionsmethoden* bedient und mit diesen gute Erfolge erzielt. „Das weitaus häufigste Heilungsresultat, das wir durch die Compressionsbehandlung erzielen, besteht darin, dass sich Gerinnsel im aneurysmatischen Sacke bilden, dass aber ein Kanal übrig bleibt, durch den das Blut hindurchläuft. Das grosse Gerinnsel schrumpft nach und nach stark zusammen, wird compakter und adhärirt ausserordentlich fest an der Innenwand des aneurysmatischen Sackes; die Cirkulation *durch* das Gerinnsel oder *neben* demselben bleibt. Das Aneurysma verschwindet also nicht, sondern wird nur von so derben Thromben gewissermaassen ausgegossen, dass es sich, falls diese Thromben verbleiben, nicht mehr vergrössert, sondern stabil bleibt und die betr. Extremität wieder vollkommen funktionsfähig wird."

Die *Operation* nach Antyllus (Ligatur der verletzten Arterie ober- und unterhalb des Aneurysma mit Ausräumung, bez. Exstirpation desselben) hat B. vorwiegend bei traumatischen Aneurysmen, 6mal mit günstigem, 2mal mit ungünstigem Ausgange, vorgenommen.

Zum Schlusse stellt B. folgende Sätze auf, wobei er das Aneurysma poplitaeum als typisches Beispiel nimmt:

„1) Das Aneurysma popliteum verhält sich in den meisten Fällen wie ein Haematoma arteriale, auch wenn es spontan, ohne Trauma entstanden ist.

2) Es ist daher der radikalen Operation nach Antyllus zugänglich, zumal wenn es noch nicht gar zu gross ist.

3) Man braucht dabei, wenn sich die Art. femoralis nicht etwa besonders hart oder rigid anfühlt, nicht zu fürchten, dass sich der Sack etwa verhält wie die Innenfläche eines aus Atherom hervorgegangenen Aortenaneurysma oder dass die Arterie

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

sich lokal in der Nähe des aneurysmatischen Sackes atheromatös erkrankt erweist.

4) Die Arterie ist aber, soweit sie entblösst innerhalb des Sackes verläuft, in der Regel erweicht, so dass nach Ligatur an diesem Theile der Arterie meist Nachblutungen entstehen.

5) Die Arterie ist daher an einer Stelle innerhalb der Sackwandung entfernt vom Schlitz oder ausserhalb derselben oben und unten zu unterbinden.

6) Eine Verklebung der Sackwandungen per primam ist nicht zu erwarten; der innere Theil derselben stösst sich immer nekrotisch ab. Eine Exstirpation der Sackwandungen ist nicht nöthig.

7) Man unterlasse das vollständige Vernähen der Wunde, welche nach lockerer Füllung mit Jodoformgaze und Nachbehandlung mit Jodoform-Glycerinemulsion ohne Störung heilt."

P. Wagner (Leipzig).

303. **Zur Behandlung des Angioma arteriale racemosum, besonders des Kopfes**; von Dr. A. Siegmund in Braunschweig. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVIII. 3 u. 4. p. 236. 1893.)

S. theilt aus der chirurg. Abtheilung des Krankenhauses am Urban zu Berlin 2 Fälle von ausgedehntem arteriellen Rankenangiom des Kopfes mit, in denen die Excision der Geschwulst (in dem einen Falle nach vorhergehender Unterbindung der Art. temp. und Carotis ext.) mit günstigem Erfolge vorgenommen wurde.

Weiterhin berichtet S. kurz über je einen Fall von Rankenangiom der Unterlippe (Elektropunktur), des Nackens und des Fusses (Alkoholeinspritzungen nach Thiersch in Aussicht genommen). Im Anschluss an diese Beobachtungen bespricht S. die verschiedenen Behandlungsweisen hinsichtlich ihres Heilerfolges, sowie der durch sie bewirkten Gefahren. Kann das Rankenangiom, eventuell nach Unterbindung der zuführenden Gefässe, nicht herausgeschnitten werden, so ist die Elektropunktur, bez. die Alkoholeinspritzung zwischen die Gefässe zu versuchen.

P. Wagner (Leipzig).

304. **Zwei Fälle gutartiger grosser Schleimbeutelhygrome**; von Dr. E. Mommsen in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 5. 1894.)

M. berichtet über 2 in letzter Zeit im städt. Krankenhause am Urban in Berlin zur Beobachtung und Operation gekommene Kr. mit grossen, gutartigen cystischen Entartungen der Schleimbeutel.

Im 1. Falle handelte es sich um einen 50jähr. Mann mit einem grossen *Hygrom der Bursa iliaca*. Schwierige Exstirpation. Vollkommene *Heilung*, noch nach 2½ J. festgestellt.

Im 2. Falle handelte es sich um eine 44jähr. Frau mit grossem, tuberkulös erkranktem Hygrom der Bursa subacromialis. Exstirpation. *Heilung*.

Beide Fälle boten sowohl ein gewisses operativ-chirurgisches, als vor Allem ihres seltenen Vorkommens wegen ein diagnostisches Interesse. Beide Geschwülste waren ohne besonderen äusseren Grund in verhältnissmässig kurzer Zeit entstanden, ohne ausser der mit der Grösse zunehmenden Motilitätstörung den Kranken wesentliche Beschwerden oder gar Schmerzen zu verursachen. Beide waren aufgetreten bei im Uebrigen gesunden kräftigen Individuen. Den äusseren Erscheinungen nach imponirten beide zunächst als maligne Tumoren der Bindesubstanz (Sarkome). Erst bei der Operation stellte sich die gutartige Natur heraus. Die Auslösung war durch derbe Verwachsung mit der Umgebung, sowie durch die Grösse der Geschwulst erschwert, gelang aber beide Male vollkommen und führte zur Heilung ohne Funktionstörung.

P. Wagner (Leipzig).

305. **Zur Casuistik der präperitonäalen Lipome**; von Dr. Buschke in Greifswald. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 3 u. 4. p. 231. 1893.)

Die Bezeichnung präperitonäales, bez. subperitonäales Lipom wird in weiter Ausdehnung gebraucht für eine Reihe klinisch und anatomisch verschiedener Bildungen, von denen nur ein kleiner Bruchtheil im wahrsten Wortsinn diesen Namen verdient. B. scheidet von dieser Bezeichnung vor allen Dingen aus: die Netzhernien in der Linea alba und die lipomartigen Bildungen, welche im Zusammenhang mit Hernien entstehen, sei es, dass das Lipom das Primäre gewesen ist und die Hernie bedingt hat, sei es, dass um einen alten, meistens leeren Bruchsack sich eine grössere Fettmasse sekundär angehäuft hat.

Die *wahren subserösen Lipome* entwickeln sich namentlich von Stellen der vorderen Bauchwand aus, an denen das subseröse Fettgewebe schon normaler Weise in grösserer Anhäufung sich vorfindet; so an allen Stellen, wo sich das Bauchfell physiologischer Weise stärker verschieben kann, in der Umgebung der Blase und der Gefässe, vor Allem an den Stellen, wo diese durch die Bauchdecken treten; dann an dem Leistenkanal, Schenkelring, um kleine Gefässe, die durch die Linea alba treten.

Einen *ungewöhnlichen Entstehungsort eines circa hühnereigrossen subserösen Lipoms, nämlich die Gegend unterhalb des linken Rippenbogens*, beobachtete B. bei einem 42jähr. Kr., der in der Helferich'schen Klinik operirt und geheilt wurde.

P. Wagner (Leipzig).

306. **Zur Ausfüllung von Knochenhöhlen mit todtem Material**; von Dr. E. Martin in Cöln. (Centr.-Bl. f. Chir. XXI. 9. 1894.)

M. hat an Hunden Versuche angestellt, *Knochenhöhlen mit aseptischem Gipsbrei und Guttapercha auszufüllen*. Es ist ihm gelungen, beim Hunde aseptischen Gipsbrei und Zahnguttapercha sowohl per primam als per secundam intentionem zur Einheilung in Knochenhöhlen zu bringen. Besonders bemerkenswerth erschien die gute Wieder-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

herstellung der Knochenform, die vollkommene Neubildung des weggemeisselten Knochens über den Guttaperchaplomben. Für die Zukunft der Knochenplombirung hält es M. für viel wichtiger, eine sichere Methode zu finden, Knochenhöhlen völlig keimfrei oder wenigstens so keimarm zu machen, dass die Gewebe mit den wenigen Mikroben fertig werden, als nach neuen, womöglich antiseptischen Füllsubstanzen zu suchen.

P. Wagner (Leipzig).

307. **Ueber Knochennaht mit versenkten Metallnähten**; von Prof. A. Caselli in Genua. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 14. 1894.)

C. empfiehlt bei Frakturen der Patella und des Olecranon, sowie bei Pseudarthrosen die Fixirung der Fragmente mittels eines durch sie hindurch geführten Silberdrahtes. Wird ein solcher reiner Silberfaden versenkt, so kann er vollkommen ohne Schaden im Knochen verbleiben.

C. brauchte nur in 2—3% seiner Fälle den Faden zu entfernen, und zwar entweder weil Knochen mit kleinem Durchmesser nicht genügend Callusmasse zur Einheilung des Fadens bildeten, oder weil bereits Eiterungen vorhanden waren oder den Process begleiteten. P. Wagner (Leipzig).

308. **Zur Kenntniss der Todesursachen nach multiplen Knochenbrüchen**; von Dr. W. Ambrosius in Hanau. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 5 u. 6. p. 497. 1893.)

A. theilt aus dem Hanauer Landkrankenhause die Krankengeschichte eines 21jähr. Mechanikers mit, der in eine Transmission gerathen war und sich hierbei ausser mehreren grossen subcutanen Blutextravasaten 5 Knochenbrüche zugezogen hatte: einen subcutanen Querbruch des rechten und linken Oberschenkels, einen subcutanen Bruch des rechten Oberarms und beider Knochen des linken Vorderarms und einen complicirten Bruch des linken Oberarms. 48 Std. nach dem Unfall trat unter Temperaturen bis 43.0 (im Rectum gemessen) der *Tod* ein (15 Min. post mortem 43.6!).

Die *Sektion* ergab, dass sämmtliche Frakturen von sehr ausgedehnten, bis über apfelgrosse Hohlräume einschliessenden Blutextravasaten begleitet waren. Irgend eine Infektion oder Entzündung wurde nicht gefunden; die Lunge bot einen mässigen Grad von Fettembolie.

In der Epikrise zu diesem Falle hebt A. hervor, dass bei dem Pat. *das in seiner Form absolut reine aseptische Wundfieber in Folge seiner enormen Höhe die Todesursache abgegeben habe.* Diese ausserordentliche Höhe der Körpertemperatur wurde durch die ununterbrochene, allmählich und ohne Grenzen sich vermehrende Fibrinfermentresorption herbeigeführt. P. Wagner (Leipzig).

309. **Zwei Fälle von Periostitis albuminosa (Ollier)**; von Dr. W. Schrank in Wiesbaden. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 4. p. 724. 1893.)

Schr. berichtet aus dem Wiesbadener St. Josephs-Hospital über 2 Fälle von sogen. Periostitis albuminosa bei einem 16- und 14jähr. Kranken. In beiden Fällen handelte es sich um subakut verlaufende Entzündungen der Knochenhaut mit gleichzeitiger Erkrankung des Knochens (Tibia) selbst, deren Infektiosität durch den bakteriologischen Befund direkt bewiesen wurde. Die nicht eiterige, blutig seröse Beschaffenheit des Exsudates kennzeichnete seine Zugehörigkeit zu den als Periostitis albuminosa beschriebenen Formen. Mikroskopisch enthielt das Exsudat nur spärliche Eiterkörperchen. In Deckglastrockenpräparaten vom 1. Falle konnten keinerlei Bakterien nachgewiesen werden; im 2. Fall fanden sich zahlreiche Streptokokken und vereinzelte Staphylokokken vor. Culturen, die vom Exsudat, den Granulationen und dem verdickten Periost von beiden Pat. angelegt wurden, ergaben Staphylokokken in Reincultur, die, wie die Fortzüchtung auf Agar und die weitere Untersuchung ergab, sich als die weisse Modifikation der gewöhnlichen Eiterkokken erwiesen.

In der Epikrise zu diesen beiden Fällen schliesst sich Schr. der Hauptsache nach der Schlange'schen Ansicht an, dass es sich bei der albuminösen Periostitis um nichts weiter, als um eine Modifikation der akuten eitrigen Knochenhautentzündung handelt, „bei der der Keim zur eitrigen Osteomyelitis entweder in geringerer Menge oder in abgeschwächter Phase ein entweder dauernd oder momentan weniger zur Osteomyelitis disponirtes Individuum trifft".

Schr. meint, dass ein klinischer Sondername für diese „modificirten" Entzündungen unnöthig sei, und dass sich der Kliniker mit der Diagnose akute, bez. subakute Osteomyelitis oder Periostitis begnügen solle. Will man eine anatomische Diagnose stellen, so wird man je nach der Beschaffenheit des Exsudates Zusätze wie „serosa" oder „serosa viscida" oder „mucinosa" einführen müssen.

P. Wagner (Leipzig).

310. **Einklemmung eines Hufsplitters bei einem Schädelbruch**; von Stabsarzt Dr. Benzler in Hannover. (Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXIII. 3. 1894.)

Ein Kanonier erhielt von dem unbeschlagenen Hinterhuf eines Pferdes einen Schlag gegen die Stirn; er stürzte sofort zusammen und blieb ½ Std. bewusstlos liegen. Bei der ärztlichen Untersuchung wurde ca. 2 cm oberhalb der rechten Augenbraue eine nach unten convexe Lappenwunde von 7—8 cm Länge festgestellt, in deren Mitte wie eine Messerklinge ein Hufsplitter ca. 1 cm weit aus dem Knochen hervorragte. Der Splitter sass so fest, dass er herausgemeisselt werden musste; er reichte bis zur Dura, ohne diese selbst zu verletzen. Entfernung eines Knochensplitters der Tabula ext., sowie mehrerer Splitter der Tab. interna. Glatte *Heilung*.

P. Wagner (Leipzig).

311. **Ueber die Commotio medullae spinalis**; von Prof. C. Gussenbauer in Prag. (Prag. med. Wchnschr. XVIII. 40. 41. 1893.)

G. theilt die genaue Krankengeschichte eines 30jähr. Pat. mit, bei dem sich nach Sturz von einem Pferdebahnwagen, wobei er von dem weiterfahrenden Wagen einen heftigen Stoss in der Gegend des 11. und 12. Brustwirbels erhielt, schwere Erscheinungen entwickelten. Man musste eine Läsion annehmen, die das Rückenmark in der Höhe des 11. und 12. Brustwirbels in seinem ganzen Querschnitte, und zwar die linke Hälfte mehr als die rechte betroffen hatte. Die Erscheinungen traten erst ¾ Std. nach der Verletzung ein, nahmen dann an Stärke zu, um mit dem 3. Tage nach der Verletzung allmählich wieder abzunehmen. Aber erst nach 1½ Jahren waren die Nervenfunktionen wieder vollkommen normal.

Die Läsion des Rückenmarkes konnte in diesem Falle, da sie nicht durch das Trauma direkt erfolgte, da ein

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Knochenbruch fehlte, nicht eine Quetschung oder auch nur eine Compression sein. Es liegt nahe, anzunehmen, dass durch den Stoss eine Erschütterung bewirkt wurde, und dass diese eine Zerreissung von Blutgefässen und mittelbar eine Hämorrhagie zur Folge hatte, welche dann allmählich mit ihrer Zunahme die Rückenmarksläsion und die davon abhängigen Erscheinungen bewirkte.

G. weist zum Schlusse darauf hin, dass seine Beobachtung für die Beurtheilung mancher Fälle von Railway Spine und anderer Fälle von Erschütterung des Rückenmarks wichtig erscheint und wohl geeignet ist, den Satz zu erhärten, „dass nicht die Erschütterung des Rückenmarkes als solchen, sondern die durch die Blutextravasationen bewirkten Läsionen des Rückenmarkes die eigentliche Ursache der spinalen Erscheinungen sind, und dass der Grad und die Ausbreitung dieser darüber entscheidet, ob sich eine Myelitis traumatica mit allen ihren weiteren Folgen entwickelt oder eine Restitutio ad integrum erfolgt".

P. Wagner (Leipzig).

312. **Sur deux cas nouveaux de trépanation rachidienne pour paraplégie consécutive au mal de Pott**; par le Dr. Binaud et le Dr. Crozet. (Arch. clin. de Bord. III. 1. 1894.)

B. u. Cr. theilen die Krankengeschichten von 2 Kr. (25 und 20 Jahre alt) mit, bei denen sich im Anschluss an ein Malum Pottii, das den 9. bis 11., bez. 6. und 7. Dorsalwirbel betraf, eine vollkommene Paraplegie mit sensiblen Störungen entwickelte. Bei beiden Kr. wurde durch die Trepanation der Wirbelsäule nach Horsley mit Entfernung eines Wirbelbogens und Abkratzung der extraduralen Wucherungen, bez. Entleerung eines kalten Abscesses u. s. w. eine vollkommene *Heilung* der Paraplegie erzielt.

P. Wagner (Leipzig).

313. **Eine Thoraxwand-Lungenresektion mit günstigem Verlauf**; von Dr. W. Müller, Luisenhospital zu Aachen. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 41. 1893.)

Nach Besprechung einiger Mittheilungen aus der neueren Literatur und besonderem Hinweis auf den relativ günstigen Verlauf des von Krönlein veröffentlichten Falles (Resektion eines wallnussgrossen sekundären Sarkoms der Lunge im Gesunden) theilt M. die ausführliche Krankengeschichte eines von ihm im November 1888 operirten 24jähr. kräftigen Mannes mit, aus der Folgendes erwähnt sei.

Seit 4 Jahren langsam wachsender, keine Schmerzen verursachender Tumor unterhalb der rechten Brustwarze, in den letzten Wochen vor der Operation Intercostalschmerzen und erschwertes Athmen bei körperlichen Anstrengungen. Die Palpation ergab eine harte, im Bereiche der 4. bis 7. Rippe liegende, scheinbar fest mit den Rippen verwachsene Geschwulst; kein Zusammenhang des Tumor mit der Brustdrüse.

Die Operation erforderte die Resektion eines 10 cm grossen Stückes der 4., desgleichen der 5. Rippe und eines 4 cm grossen Stückes der 6. Rippe, wodurch eine handtellergrosse Oeffnung der Thoraxwand entstand. Trotz wiederholter Luftaspiration und bedenklichen Collapses, der beim Zurücksinken der Lungen sich einstellte, gelang es nach Resektion eines Theiles des rechten Unterlappens (9 cm lang und 3 cm breit), welcher mit dem Tumor verwachsen war, nach 1½ Std. die Operation zu Ende zu führen. In den ersten 3 Tagen deutliche Dyspnöe bei normaler Temperatur und wenig gesteigerter Herzthätigkeit; späterhin Temperaturen bis zu 39°, bedingt durch serofibrinöse Auflagerungen auf der Lungenwunde. Abgesehen von einem kleinen Knoten oberhalb der alten Narbe, welcher im März 1891 nebst einem Stückchen Pleura entfernt wurde, kam bis zum Juli 1893 kein Anzeichen eines weiteren Recidivs zur Beobachtung; die um diese Zeit vorgenommene letzte Untersuchung ergab neben spärlichen Rasselgeräuschen normales Athmen.

Histologisch erwies sich der Tumor in den centralen Theilen als Osteochondrom, in den peripherischen zeigte er mehr den sarkomartigen Bau mit Knochen- und Knorpeleinlagerungen.

Wenn auch wegen der kurzen Beobachtungszeit eine Dauerheilung nicht angenommen werden darf, so soll doch bei derartig langsam verlaufenden Geschwülsten, wenn irgend möglich, operirt werden, da doch sehr oft eine Heilung, wenigstens für mehrere Jahre, erzielt werden kann. Ob die bei der Operation vielfach beobachteten bedrohlichen Erscheinungen auf den Pneumothorax (bez. den Collaps der Lungen), oder wie Maas annimmt, auf plötzliche Abkühlung durch Wasserverdunstung, oder andere Schädlichkeiten, über welche die Meinungen der Autoren auseinandergehen, zurückzuführen sind, darüber kommt M. nicht zu einem Urtheil. Es kann in dem Auftreten derselben auch keine Contraindikation gegen die Operation gesehen werden, da man durch geeignete Maassnahmen (Hervorziehen der collabirten Lungentheile, Kamphereinspritzungen u. s. w.) in den meisten Fällen die Operation, welche übrigens wegen der grossen Resorptionsfähigkeit und der Empfindlichkeit des Operationsgebietes rein aseptisch ausgeführt werden soll, zu Ende bringen kann.

Zimmermann (Saarbrücken).

314. **Traitement de la pleurésie purulente par la pleurotomie suivie de l'application du siphon de Revilliod**; par P. A. Lop. (Arch. gén. de Méd. Oct. 1893. p. 420.)

L. empfiehlt für die Behandlung der eitrigen Rippenfellentzündung einen Saugapparat von Prof. Revilliod, welcher einige Abweichungen von dem Potain'schen und Bülau'schen Apparat zeigt.

Er ist im Wesentlichen ein Saugheber aus Gummi, in dessen Verlauf ein Gummiballon eingeschaltet ist. Das obere Ende wird in die Brusthöhle eingeführt, das untere taucht in ein Glasgefäss ein. Der Schlauch wird mit Pflaster und Binden am Rumpfe befestigt. Sodann drückt man den oberen Theil des Schlauches aus, um die Luft zu entfernen, und klemmt ihn ab. Danach wird die Luft aus dem Ballon ausgedrückt und die Klemme abgenommen, so dass die Flüssigkeit aus der Brusthöhle angesaugt wird. Ist die Absonderung geringfügiger, dünnflüssig und klar geworden, so wird das Glasgefäss durch ein kleineres ersetzt, welches der Kranke bei sich tragen, und mit welchem er umhergehen kann. Die Vortheile, welche der Apparat bietet, sind nach L. folgende: Die Ausspülungen der Brusthöhle werden überflüssig. Die Schrumpfung und Zusammenziehung der Lunge wird verhindert. Der Apparat sichert einen leichten und fortwährenden Abfluss des Eiters, lässt daher kein Resorptionsfieber zu Stande kommen. Endlich vermag die Anwendung des Apparates die Rippenresektion überflüssig zu machen.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

L. zeigt an einer Krankengeschichte die günstige Wirkung des Verfahrens. Brückner (Dresden).

315. **Ein Fall von angeborenem linkseitigen Zwerchfellsdefekt mit Hindurchtritt des Magens, des grossen Netzes, des Colon und des Duodenum in die Pleurahöhle**; von Dr. K. Abel. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 4. 5. 1894.)

33jähr. Frau. Vor mehreren Jahren Schmerzen in der linken Seite, Erbrechen. Juni 1892 Erkrankung im Wochenbett mit Fieber und Leibschmerz. Oberhalb und vor dem Uterus eine mannskopfgrosse Geschwulst, welche einer vom Bauchfell abgekapselten Höhle angehörte und nach der Incision und darauf folgender Abstossung blutiger Gewebestücke schwand. Im Januar 1893 nach einem Diätfehler Erbrechen, Schmerz im Leib und Kreuz, kein Abgang von Blähungen. Linke Seitenlage. Leib eingezogen. Ueber der linken vorderen Brustseite tympanitischer Schall. Herz nach rechts verlagert. Die Diagnose wurde auf Zwerchfellsdefekt mit Eintritt von Baucheingeweiden in die Brusthöhle gestellt. Bei der Laparotomie ergab sich die Richtigkeit der Diagnose. Es gelang, eine Anzahl von Darmschlingen zurückzubringen, während der in der Brusthöhle gelegene Magen der Reposition widerstand. 3½ Stunden nach der Operation erfolgte der Tod. *Sektion:* In der Bauchhöhle ein von der vorderen Wand nach dem Lig. susp. hepatis sich hinziehender, 3mm dicker Strang mit centralem Lumen. Zwerchfell links stark vorgebuchtet. Bei der Eröffnung der Brusthöhle fanden sich im linken Pleuraraum der Magen und ein Stück Netz. Ersterer war umgedreht, so dass die grosse Curvatur nach oben, die kleine nach unten sah. Die hintere Magenwand war die vorliegende. Die Speiseröhre war im Bereiche des Zwerchfellsdefektes um ihre Längsachse gedreht, das Duodenum an dieser Stelle verengt, brandig. Die linke Lunge zusammengedrückt.

A. stellt sich die Entstehung des Bruches folgendermaassen vor: Durch das im Anschluss an einen Diätfehler auftretende heftige Erbrechen wurde zunächst ein Stück des Quercolons durch einen angeborenen Spalt des Zwerchfells in die Brusthöhle gedrängt. Dieses zog sodann Netz und Magen nach, wobei letzterer umgedreht wurde. Es entstand ein Verschluss des Pylorus und, mit zunehmender Ausdehnung des Magens durch die aufgenommene Nahrung, auch ein solcher der Speiseröhre. Daher hörte das Erbrechen in der letzten Zeit vor der Operation auf.

Im Anschluss an diese Beobachtung bespricht A. diejenigen Gesichtspunkte, welche für die Diagnose grösserer Zwerchfellshernien in Betracht kommen. Es sind dies namentlich plötzlich eintretender Kreuzschmerz, Seitenlage, geringere Schmerzhaftigkeit und Einziehung des Unterleibes, Erbrechen. Bei der Untersuchung der Brust findet man auf der Seite, welche die Baucheingeweide enthält, tympanitischen oder metallischen Schall (Stäbchen-Plessimeter-Perkussion). Das Herz ist je nach der geringeren oder stärkeren Füllung der Eingeweide verschieden weit nach der entgegengesetzten Seite verschoben.

Die Behandlung ist bei Einklemmungs-Erscheinungen (Erbrechen, kleiner Puls) eine operative. Sind die Eingeweide wie bei der beschriebenen Kranken stark aufgebläht, so dass sie der Reposition widerstehen, so soll man sie in der Brusthöhle nach vorheriger Rippenresektion punktiren.

Brückner (Dresden).

316. **Ueber die Aetherisation incarcerirter Hernien nach Finkelstein**; von Prof. Carl Gussenbauer. (Prag. med. Wchnschr. XVIII. 35. 1893.)

Bei 25 Versuchen, incarcerirte Hernien nach der Finkelstein'schen Methode zu behandeln, war die Aetherapplikation in 20 Fällen (16 Inguinal-, 3 Crural- und 1 Umbilicalhernie) erfolgreich. Dreimal erfolgte die spontane Reposition ohne Taxis, einmal reponirte sich der Patient nach der Aetherapplikation selbst den Bruch, in den übrigen Fällen gelang die Reposition bei leichter Taxis. Den Erfolg schreibt G. nicht der Aetherisation allein zu, sondern auch der Beckenhochlagerung. Für die Landpraxis hält G. die Aetherisation für empfehlenswerth. E. Ullmann (Wien).

317. **Die Radikaloperationen der nicht eingeklemmten Hernien in der Berner Klinik**; von Dr. Carl Leuw. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 1. p. 40. 1893.)

Bei 119 in der Berner Klinik ausgeführten Radikaloperationen handelte es sich um 88 Männer mit 101 und 18 Frauen mit 18 Hernien, 14mal wurden doppelseitige Brüche operirt. Von diesen 106 Kr. ist nur einer am 15. Tage nach der Operation an Embolie gestorben. Das Verfahren war das folgende:

Der Hautschnitt wird quer auf und parallel dem Poupart'schen Bande gemacht. Diese Schnittrichtung hat den 4fachen Vortheil, dass 1) Asepsis und Antisepsis besser gewahrt wird, weil man das Scrotum mit seinen schwer desinficirbaren Falten vermeidet, 2) dass der Schnitt näher der Bruchpforte gelegen, 3) dass er der Hautrichtung entspricht und deshalb schön linear vernarbt, 4) dass das Scrotum nicht verletzt und damit auch eher dessen Schwellung verhütet wird. Nach Blosslegung des Bruchsackes wird dieser stumpf zu isoliren gesucht vom Samenstrang und an der Wandung des Leistenkanals, indem man mit dem Zeigefinger zwischen diesem und dem Bruchsack, d. h. zwischen Fascia transversa und Tunica vagin. comm. ablösend vordringt. Nun erfolgt die Eröffnung des Sackes. Während dann der Assistent den freigelegten Sack fasst und sehr stark herunterzieht, wird der Bruchsackhals so hoch wie möglich mit doppelten Seidenfäden hart an der Zeigefingerkuppe vorbei durchstochen und doppelt unterbunden und der Brucksack peripherisch davon abgetragen. Der Sackhals zieht sich bis hinter den inneren Leistenring zurück. Der Leistenkanal ist jetzt ganz frei und wird so geschlossen, dass der linke Zeigefinger in ihn eingeht, die vordere Wand des Kanals emporhebt, so dass die Nadel unter dem Finger und über dem zurückgedrängten Samenstrang durchgeführt werden kann, ohne den letzteren zu verletzen. Auf diese Weise wird von der inneren Bruchpforte anfangend in der ganzen Länge des Kanals bis zur äusseren Pforte successive eine Reihe tiefgehender Seidenknopfnähte angelegt. Bei den Cruralhernien wird die Pforte geschlossen durch Naht des Lig. Pouparti mit der Fascia pectinea. Bei den congenitalen Hernien wird ähnlich verfahren, nur muss der Proc. vaginalis über dem Hoden abgeschnitten und der an dem-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

selben verbliebene Rest durch Naht zu einer Tunica vag. propria geschlossen werden. Endlich kommt eine fortlaufende Hautnaht. E. Ullmann (Wien).

318. **Die Omphalektomie bei der Radikaloperation der Nabelbrüche**; von Prof. Bruns in Tübingen. (Beitr. z. klin. Chir. XI. 2. p. 560. 1894.)

Um Recidive nach der Radikaloperation der Nabelbrüche unmöglich zu machen, hat man in der letzten Zeit versucht, die Bruchpforte ganz auszuschalten, d. h. den Nabelring auszuschneiden.

Condamin nimmt die *Omphalektomie* in der Weise vor, dass er die Nabelgegend durch 2 elliptische Schnitte umkreist, die ausserhalb des Bruchsackes bis zum Bruchsackhalse vordringen und nach aussen von der Bruchpforte die Bauchhöhle eröffnen, so dass von vornherein der ganze Bruchsack sammt Bruchsackhals und die Bruchpforte ausgeschaltet werden. Br. ist in ganz ähnlicher Weise bei der Operation einer kindkopfgrossen, irreponiblen Nabelhernie, die eine 26jähr., sehr fettleibige Frau betraf, vorgegangen und ist mit dem Ergebniss sehr zufrieden.

Der Hauptvortheil liegt darin, dass am Schlusse der Operation die Wundverhältnisse für die primäre Heilung sehr günstig sind. Denn es ist nicht blos die ganze Bruchgeschwulst entfernt, sondern es sind auch gerade diejenigen Theile, die leicht gangränös werden, wie die fibrösen Gewebe der Bruchpforte und ihrer Umgebung, vollständig abgetragen, so dass nur eine einfache Laparotomie-Wunde zurückbleibt.

Jedenfalls gewährt das Verfahren mehr Schutz gegen Recidive, da es die Bruchpforte sammt der Linea alba ganz fortschafft.

P. Wagner (Leipzig).

319. **De l'omphalectomie et de la suture à trois étages dans la cure radicale des hernies ombilicales**; par R. Condamin. (Lyon méd. XXIV. 44. 1892.)

C. räth, die Radikaloperation der Nabelhernien durch eine 3fache Etagennaht auszuführen, bei welcher zu den tiefen Nähten Seide, zu den Hautnähten Silberdrähte genommen werden sollen.

E. Ullmann (Wien).

320. **Ein Fall von Hernia obturatoria**; von Dr. Borck, Assistenzarzt der chirurg. Klinik in Rostock. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 2. p. 369. 1893.)

Hernia obturatoria: Laparotomie. Beim Durchsuchen des Darmes, der aus der Peritonäalhöhle herausgezogen wurde, fand sich eine Dünndarmschlinge im Canalis obturat. eingeklemmt; sie wurde hervorgezogen und, da sie ganz gangränös war, in der Länge von 10 cm resecirt. Primäre Darmnaht mit Versenkung. Tod nach 22 Stunden. E. Ullmann (Wien).

321. **Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege**; von Dr. W. Martig. (Mittheilungen aus Kliniken u. medicin. Instituten der Schweiz I. 3. p. 243. 1893.)

Die sehr anregend geschriebene, fleissige und übersichtliche Arbeit M.'s ist eine Fortsetzung der grossen Statistik Courvoisier's und umfasst alle in der Literatur angeführten Fälle von Gallenblasenoperationen vom Jahre 1890 bis 1892. Es werden dabei die einzelnen Operationsverfahren, ihre Mortalität und ihre Indikationen, wesentlich im Sinne Courvoisier's, besprochen und die Zusammenstellung ist besonders werthvoll als Nachweis des raschen Aufschwunges, den die Gallenblasenchirurgie in der letzten Zeit gewonnen, sowie als Ausdruck der gegenwärtig in den verschiedenen Ländern herrschenden Ansichten über die Werthschätzung der einzelnen Operationsverfahren. Den Schluss der Arbeit bildet eine übersichtliche tabellarische Ordnung der neuen Fälle. Marwedel (Heidelberg).

322. **A clinical report of gall-bladder operations**; by Rufus B. Hall. (New York med. Record XLII. 18; Oct. 29. 1892.)

H. operirte wegen Gallensteinobstruktion in 7 Fällen, von denen einer tödtlich endigte. Er führt die Operation zweizeitig aus und drainirt die Gallenblase. Wenn der Ductus choledochus verschlossen ist, so dürfte nach H. die Mortalität eine sehr grosse, wenn der Duct. cysticus obstruirt ist, eine geringe sein. H. spricht sich für eine möglichst frühzeitige Operation aus.

E. Ullmann (Wien).

323. **Ein operativ geheilter Fall von Gallensteinileus**; von Dr. W. Körte in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 8. 1894.)

K., der schon früher in 3 Fällen von *Darmverschluss durch Gallenstein* operativ eingegriffen hat, berichtet über eine 4. derartige Operation bei einem 52jähr. Herrn.

Der Kranke hatte schon mehrfach Anfälle von Gallensteinkolik durchgemacht, in deren Verlauf auch zahlreiche Steinchen aus dem Darme abgegangen waren. Ohne bekannte Ursache erkrankte er ganz plötzlich mit heftigen Leibschmerzen, vollkommener Verstopfung, Erbrechen, das sich am 4. Krankheitstage in heftiges Kotherbrechen umwandelte. Leib aufgetrieben, wenig druckempfindlich; links vom Nabel etwas praller gespannte Darmschlingen. Blinddarmgegend, Mastdarm, Bruchpforten frei. Am 7. Krankheitstage *Laparotomie. Im untersten Theile des Ileum*, ca. 20—30 cm oberhalb der Valvula Bauhini, *sass ein hühnereigrosser Gallenstein fest eingeklemmt.* Extraktion desselben durch einen Längsschnitt an der Convexität. Die Längswunde im Darm wurde in der Quere vernäht, der Darm versenkt, ein kleines Streifchen Jodoformgaze im unteren Wundwinkel eingeführt, sodann die Bauchwunde geschlossen. Am 5. Tage Stuhl. *Heilung.* P. Wagner (Leipzig).

324. **Die Aetiologie der carpalen Ganglien**; von Prof. Ledderhose in Strassburg. Mit 2 Abbildungen. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 102. 1893.)

Wenn bis heute trotz des gleichmässigen Auftretens und der einfachen Erscheinungen der carpalen Ganglien ein Einverständniss hinsichtlich der Aetiologie dieser alltäglichen Gebilde nicht erzielt

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

werden konnte, so liegt dies nach der Ansicht L.'s daran, dass bis jetzt nur unvollkommene anatomische, bez. histologische Untersuchungen über diesen Gegenstand vorliegen. Nach einer vielvertretenen Ansicht entwickelt sich das Ganglion durch eine Ausstülpung von Gelenkhöhlen oder von Sehnenscheiden oder von den sogen. Cryptes und Follicules synovipares, eine Auffassung, die L. schon aus rein anatomisch-topographischen Gründen für nicht bewiesen erachtet. Andere (und dies ist die Mehrzahl) nehmen an, dass das Ganglion von den sogen. Corpuscules sous-synoviales Gosselin's, bez. den „kleinen Cystenganglien" Teichmann's abzuleiten sei. Beiden Theorien, welche ausführlicher besprochen werden, kann sich L. schon aus dem Grunde nicht anschliessen, weil die Angaben Gosselin's und Teichmann's über das häufige Vorkommen der subsynovialen Körperchen und der kleinen Cystenganglien gerade an den für den Sitz der carpalen Ganglien charakteristischen Stellen eine Bestätigung nicht erfahren haben. Dagegen scheint ihm die Entstehung der Ganglien aus der Substanz der Gelenkkapsel selbst, wie sie Riedel vertritt, am einleuchtendsten und steht in mancher Hinsicht in Uebereinstimmung mit seiner eigenen Auffassung, wenn auch Riedel hinsichtlich der näheren Ursachen der Ganglienbildung keine Anhaltepunkte giebt.

Nach Erwähnung einer früher bereits veröffentlichten Krankengeschichte eines Ganglion der Kniegelenksgegend, dessen Befund zu der Ansicht führte, dass „die kleinen Wandcysten durch Einschmelzung, durch eine Art schleimige, bez. gallertige Degeneration des fibrösen Gewebes entstanden waren, und dass die grössere Ganglienhöhle sich durch Zusammenfliessen mehrerer solcher kleinerer Cysten gebildet hatte", und zweier analogen Krankheitsberichte bespricht L. kurz die von Staehly vertretene, in Uebereinstimmung mit seiner eigenen Auffassung stehende Ansicht von der Entstehung der Ganglien und giebt sodann die ausführlichen klinischen und mikroskopischen Beschreibungen von 8 Ganglien der Handgelenksgegend, deren Einzelheiten im Original nachzusehen sind. Die einzelnen Verschiedenheiten in diesen 8 Fällen lassen nur einen Schluss auf Unterschiede im Alter und in der Entwickelung der untersuchten Ganglien zu, nicht aber im Hinblick auf die Aetiologie. Auf Grund seiner Beobachtungen und Untersuchungen kommt L. zu dem Schlusse, dass die bisherigen Theorien über die Entstehung der Ganglien nicht stichhaltig sind, dass die typischen Ganglien vielmehr aufzufassen sind „als Neubildungen (Cystome), erzeugt durch eine gutartige, colloide Degeneration des Bindegewebes und allmähliches Zusammenfliessen zahlreicher kleinerer, mit Gallerte angefüllter Höhlen im Gewebe". Bezüglich der näheren Ursache der Gallertcystenbildung im Bindegewebe ist in manchen Fällen ein Trauma angeführt (vgl. 6 Fälle von Kniegelenksganglien). Für die Handgelenksganglien scheint L. diese Entstehungsursache unwahrscheinlich; er ist vielmehr der Ansicht, dass chronisch-traumatische Einwirkungen das langsame Entstehen des Ganglion in der Tiefe veranlassen und dass erst gelegentlich einer forcirten Bewegung (Beugung!) das längst ausgebildete, aber wegen seines tiefen Sitzes bisher unbeobachtete Ganglion nach aussen zwischen den Knochen herausgepresst wird (Klavierübungen u. s. w.). Zur Behandlung giebt L. folgende Rathschläge: Handelt es sich um ein voraussichtlich reifes, deutliche Fluktuation darbietendes, in seinen Grössenverhältnissen nicht mehr schwankendes Ganglion, so sind die älteren Methoden des Zerdrückens und der Discision am Platze. Bei dem tiefsitzenden, knochenharten, dickwandigen, noch im Wachsthum begriffenen Ganglion ist abwartendes Verhalten angezeigt, da keine Methode sichere Resultate erzielt. Wird aber aus irgend einem Grunde schon jetzt zur Operation gedrängt, so empfehlen sich die Discision mit reichlichen Einkerbungen, besonders in die tiefer gelegenen Theile der Wand von der Haupthöhle aus, Incision mit Auskratzung oder die Exstirpation.

Zimmermann (Saarbrücken).

325. **Ueber traumatische Epithelcysten der Finger**; von Prof. C. Garrè in Tübingen. (Beitr. z. klin. Chir. XI. 2. p. 524. 1894.)

J. L. Reverdin hat vor 7 Jahren eine gründliche Bearbeitung der *Kystes épidermiques* der Finger geliefert; in der deutschen medicinischen Literatur finden sich nur ganz vereinzelte Angaben über diese Cystengeschwülste. Mit Einschluss zweier eigenen, auch histologisch genau verwertheten Beobachtungen hat G. 35 Fälle gefunden, auf Grund deren er ein Krankheitsbild der traumatischen Epithelcysten der Finger zeichnet. Diese Cysten, die die grösste Aehnlichkeit mit Atheromen haben, stellen hanfkorn- bis haselnussgrosse, glatte, rundliche oder ovale Geschwülstchen dar, sind mit verschieblicher Haut bedeckt, die an einer Stelle eine dem Tumor adhärente feine Narbe zeigt. Sie können vereitern und auch verkalken. Sie sitzen fast ausschliesslich in der Volarfläche der Finger und werden namentlich bei Männern angetroffen. Sie entstehen meist im unmittelbaren Anschluss an eine streng lokalisirte, namentlich Stich-Verletzung der Finger und entwickeln sich direkt an der Stelle der Narbe. Durch die Verletzung wird ein Stückchen Haut, oft gewiss nur von minimaler Grösse, in Zusammenhang mit seinen Gefässen in das subcutane Gewebe eingedrückt, versenkt und darüber heilt die Hautwunde zusammen. Das implantirte Hautstück geht in der Tiefe nicht zu Grunde, die gut ernährten Schichten des Rete Malpighii bilden neue Epithelmassen, die sich zu einer geschichteten Epithelperle ballen (Versuche von Kaufmann). *Therapie:* gründliche Exstirpation.

P. Wagner (Leipzig).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

326. **Vier Fälle von Makrodaktylie, gepaart mit Syndaktylie**; von Dr. R. Habs in Magdeburg. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 5 u. 6. p. 511. 1893.)

H. berichtet über 4 Fälle von angeborenem partiellen Riesenwuchs der Zehen mit Syndaktylie. In 3 Fällen waren dieselben Zehen, nämlich die 2. und 3. linkerseits von der Abnormität betroffen. 3 Fälle zeigten ausserdem die Combination mit lokaler Lipomatose.

Die genaue Beschreibung der einzelnen Fälle ist in der mit Abbildungen versehenen Originalarbeit einzusehen. P. Wagner (Leipzig).

327. **Two cases of congenital hypertrophy of the fingers**; by Th. Morton. (Med. News LXIV. 11. 1894.)

1) Ein 18monat. Mädchen zeigte bereits bei der Geburt eine Hypertrophie des Zeige- und Mittelfingers der rechten Hand. Nach dem 1. Jahre stärkeres Wachsthum dieser Finger. Exartikulation derselben. Die Hypertrophie betraf sämmtliche Gewebe.

2) 22monat. Mädchen mit cavernösen Angiomen der Finger der linken Hand. Besserung durch elastische Compression und Ichthyollanolin.

P. Wagner (Leipzig).

328. **Congenital hypertrophy of the foot**; by G. E. Shoemaker. (Med. News LXIV. 11. 1894.)

19jähr. Mädchen mit congenitaler Hypertrophie des linken Fusses, die vom äusseren Knöchel anfing und die ganze Aussenseite des Fusses, sowie die 3 äusseren Zehen betraf. Amputation. P. Wagner (Leipzig).

329. **Ueber einen Fall von Hypertrophie des linken Beins**; von Dr. E. Redlich in Wien. (Wien. med. Wchnschr. XLIII. 36—38. 1893.)

R. beobachtete bei einem 55jähr. Pat., der in früheren Jahren Lues gehabt hatte, ausser einer Reihe nervöser Symptome, die auf eine beginnende progressive Paralyse hinwiesen, eine beträchtliche *Verdickung des linken Beins*. Diese betraf in erster Linie den Unterschenkel, woselbst über der grössten Peripherie der Wade gegenüber der rechten die Differenz 6 cm betrug; weniger betheiligt war der Oberschenkel. In der Glutäalgegend bestand keine Differenz, auch die Füsse waren beiderseits gleich. Die Hypertrophie war zum kleineren Theile bedingt durch eine Verdickung der Haut, zum grössten Theile durch eine Vermehrung des zwischen den Muskeln liegenden Fettgewebes. Die mikroskopische Untersuchung eines aus dem linken M. gastrocnemius excidirten Stückchens ergab normale Verhältnisse. R. möchte für seinen Fall die Bezeichnung *Hypertrophia lipomatosa cruris* wählen. *Aetiologisch* ist diese Hypertrophie wahrscheinlich auf eine 6 Jahre vorher durchgemachte Lymphangitis des Beins mit consekutiver Thrombose der Cruralvene zurückzuführen.

P. Wagner (Leipzig).

330. **Ueber einen Fall von Pseudarthrose des Oberarms mit auffallend guter Funktion der Extremität**; von Prof. A. v. Eiselsberg in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. VII. 7. 1894.)

v. E. berichtet über einen Kr., der durch Ueberfahren durch einen Eisenbahnwagen eine schwere complicirte Fraktur des rechten Oberarms erlitt, die mit ausgedehnter Pseudarthrose ausheilte. Der rechte Oberarm ist auffallend verkürzt und in der Mitte stark verschmälert. Diese verschmälerte Partie, die eine grosse Narbe trägt, besteht blos aus Weichtheilen. Die Länge des Knochendefekts beträgt bei hängendem Arme 6 cm. Pat. trägt am rechten Oberarme nur eine kurze Lederhülse, welche die beiden Fragmente etwas fixirt. Auffallend ist die ausgezeichnete Funktion des pseudarthrotischen Oberarms: Pat. ist Kutscher und ist im Stande, sein Pferd mit der rechten Hand allein zu lenken.

Günstig war in diesem Falle entschieden der Umstand, dass dem Pat. der Unfall in frühester Jugend zugestossen war und er daher Gelegenheit hatte, sich von Jugend auf im Gebrauche des verletzten Gliedes zu üben.

P. Wagner (Leipzig).

331. **Traitement chirurgical des pseudarthroses du fémur**; par le Prof. B. J. Kouzmine. (Revue de Chir. XIII. 10. p. 844. 1893.)

K. theilt 2 Fälle von Pseudarthrose des Oberschenkels mit, in denen er nach querer Resektion der atrophischen Fragmentenden eine Fixation derselben mittels zweier kreuzweise eingeschlagener, 14 cm langer, vernickelter, dünner Stahlnägel erzielte. Das vorher von den Stümpfen abgelöste Periost wurde über die Vereinigungstelle der Knochen gelagert.

Bei den beiden Kranken, bei denen sich die Pseudarthose im oberen, bez. an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel befand, trat nach 6, bez. 8 Wochen eine feste Vereinigung ein. Die Nägel wurden nach 4 Wochen entfernt.

P. Wagner (Leipzig).

332. **Eine neue Methode der Hüftgelenksresektion: der vordere Winkelschnitt nach Prof. Helferich**; von M. Baatz. (Dissertation. Greifswald 1893.)

Nach einer kurzen Darlegung der topographischen Anatomie der Hüftgelenksgegend bespricht H. ein bisher noch nicht veröffentlichtes, von Helferich angegebenes Verfahren zur Hüftgelenksresektion, das als *vorderer Winkelschnitt* bezeichnet werden kann.

„Die Operation wird in halber Seitenlage des Pat. ausgeführt, der Schnitt beginnt daumenbreit unter der Spina ant. sup. und etwa eben so weit nach hinten von ihr, wird dann zur Spitze, bez. zum hinteren Rande des Trochanter major geführt und geht von hier beliebig weit nach abwärts. Der obere Schenkel des Schnittes ist auf diese Weise parallel dem Collum femoris, der untere parallel dem Femurschafte gerichtet. Nach der ersten oberflächlichen Incision geht man praeparando in die Tiefe, sofort die Gefässe unterbindend, bis auf die Gelenkkapsel, den Schenkelhals, Trochanter und Femurschaft. Dann trennt man die Weichtheile im Zusammenhange mit dem Periost vom Knochen mit Pincette und Knochenmesser. In langen Zügen schneidet man direkt auf den Knochen zu vom Collum femor. beginnend und über den Trochanter weg zum Femurschafte herabsteigend, während durch einen Assistenten der Schenkel langsam erst nach aussen gedreht wird, bis der vordere Lappen abpräparirt ist, dann nach innen, bis der ganze Trochanter freiliegt. Dann wird der Kopf luxirt und die Resektion, bez. Kapselexstirpation vorgenommen."

B. zieht dann einen Vergleich zwischen diesem Helferich'schen Schnitte und denen von v. Langenbeck und von Kocher, wobei er hervorhebt, dass der Helferich'sche Schnitt den übrigen zur freien Blosslegung des Hüftgelenks dienenden Methoden zum Mindesten nicht nachsteht, in mancher Beziehung eher überlegen ist. Auch praktisch hat sich der vordere Winkelschnitt in

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

der Greifswalder chirurg. Klinik schon bei einigen sehr schweren und sehr ausgedehnten totalen Hüftgelenksresektionen auf das Beste bewährt.

P. Wagner (Leipzig).

333. **Die Exartikulation des Unterschenkels im Kniegelenk und ihre Beziehungen zu den übrigen Methoden der Absetzung der unteren Extremität in der Nähe des Kniegelenks**; von Dr. A. Ritschl in Freiburg. (Beitr. z. klin. Chir. XI. 1. p. 177. 1894.)

Im Anschluss an 8 in der Freiburger chirurg. Klinik ausgeführte Kniegelenks-Exartikulationen hat R. noch 77 solche Operationen zusammengestellt, die in den letzten 20—25 Jahren ausgeführt wurden. Von den im Ganzen 85 Operationen endeten 12 = 14.3% mit dem Tode. Die Todesursache war aber nur in der geringeren Anzahl der Fälle in der Operation zu suchen. Der Tod trat ein an Verblutung, Delirium, Tetanus und Shock je 1mal, an Pyämie und Septikämie 2mal, an Erschöpfung 3mal; in 3 Fällen war die Todesursache nicht genauer angegeben.

R. bespricht dann eingehend die *Technik der Kniegelenks-Exartikulation* und hebt dabei hervor, dass man durch diese Operation bei Beobachtung gewisser Vorsichtsmaassregeln einen Stumpf erzielen kann, der, was äussere Form und Leistungsfähigkeit betrifft, alle Bedingungen erfüllt, die man billiger Weise an einen zur direkten Stütze des Körpers bestimmten Stumpf stellen kann.

Die *Indikationen für die Kniegelenks-Exartikulation* sind bei der Bildung eines grossen vorderen Lappens der Gangrän wegen ziemlich eng umgrenzt; sie werden aber dann Erweiterung erfahren dürfen, wenn man entweder, wie Bryant, zwei seitliche Lappen bildet oder aber einen grossen Hautmuskellappen aus der Wade nimmt.

Der 2. Theil der Arbeit beschäftigt sich mit einem kritischen Vergleiche der Kniegelenks-Exartikulation einerseits, der Gritti'schen osteoplastischen Amputation des Oberschenkels, der Carden'schen sogen. transcondylären oder besser condylären Amputation des Oberschenkels und der Amputatio femor. intercondyloidea osteoplastica von Sabanejeff andererseits.

Während R. der Gritti'schen und der Carden'schen Operation einen Vorzug vor der Kniegelenks-Exartikulation nicht einzuräumen vermag, sind die bisherigen Erfolge der Sabanejeff'schen Operation entschieden sehr vertrauenerweckend. „Die Erfahrungen müssen aber erst noch ausgedehnter werden, ehe man ein Urtheil darüber wird gewinnen können, ob und in wie weit die Sabanejeff'sche Operation mit der Exartikulation im Kniegelenk wird concurriren können."

P. Wagner (Leipzig).

334. **Weitere Mittheilungen über die Operation der winkeligen Kniegelenksankylose und die bogenförmige Resektion des Kniegelenks überhaupt**; von Prof. Helferich in Greifswald. (Arch. f. klin. Chir. XLVI. 3. p. 445. 1893.)

H. hat bereits 1890 ein neues Verfahren zur Operation der winkeligen Kniegelenksankylose mitgetheilt, das in der Entfernung eines nur schmalen Keiles in Bogenlinien oder in der einfachen bogenförmigen Durchsägung der Ankylose, mit offener Durchschneidung der spannenden Sehnen und Fascien in der Kniekehle besteht. Er konnte damals nur über 2 Kranke berichten, die nach dieser Methode mit günstigem Erfolge operirt worden waren; in der vorliegenden Arbeit theilt er seine weiteren Erfahrungen mit.

Was die *technische Ausführung* der Operation anlangt, so benutzt H. jetzt an Stelle der Stichsäge eine Bogensäge, mittels welcher das Durchsägen in Bogenlinien auch für den weniger Geübten keine schwere Aufgabe ist. Schwieriger ist die Aussägung eines schmalen Keiles, wenn es sich um eine knöcherne Ankylose handelt. H. theilt zunächst 7 Fälle von bogenförmiger Resektion bei *winkeliger Kniegelenksankylose* mit.

Des Weiteren berichtet er über 2 Fälle von *Arthrodese*, 2 Fälle von *Arthritis deformans*, 8 Fälle von *rein synovialer Gelenktuberkulose* und 10 Fälle von *Kniegelenkstuberkulose mit Knochenherden, zum Theil mit Beugecontraktur*, in denen die Kniegelenksresektion mittels bogenförmiger Anfrischung mit Erfolg ausgeführt worden ist.

„Die bogenförmige Resektion des Kniegelenkes als typische Operation gestattet die conservirendste Behandlung der Knochenenden, sie schafft breite Knochenflächen, sie schützt jedenfalls den unteren Intermediärknorpel des Femur, in geringerem Grade den oberen der Tibia und endlich sie gestattet sofort nach der Operation eine Fixation der Knochenenden so, dass eine eigentliche Verschiebung ausgeschlossen und nur eine Bewegung im Sinne von Beugung und Streckung möglich ist; die letztere ist aber durch einen Schienenverband auf die einfachste Weise zu verhindern."

P. Wagner (Leipzig).

335. **Die Behandlung von Gelenksteifigkeiten mittels meiner Pendelapparate**; von Dr. H. Krukenberg in Halle. (Deutsche med. Wochenschr. XIX. 52. 1893.)

„Die eigenartige Wirkung des Pendelprincips bei der Behandlung von Contrakturen besteht darin, dass hier aktive und passive Bewegungen combinirt und verschmolzen werden. Der Pendelapparat ist ein Selbstbewegungsapparat im engsten Sinne des Wortes. Der Patient wird mittels desselben nicht nur zu rein aktiven Bewegungen in seinem erkrankten Gelenke veranlasst, sondern er leitet auch passive Bewegungen im Gelenke ein, und zwar werden diese passiven Bewegungen durch die zum Gelenke selbst gehörigen Muskeln ausgelöst. Handelt es sich z. B. um einen steifen Finger, so setzt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

der Patient das mit dem Finger durch eine Hülse fest verbundene Pendel aktiv ganz allmählich in Schwingungen, es summirt sich so ein Stoss zum andern und das Pendel macht bei nur geringer Anstrengung immer ergiebigere Ausschläge und übt durch die ihm verliehene Energie allmählich passiv einen sehr energischen Stoss an dem kranken Gelenke aus. Es wird also bei diesem Verfahren die durch die einzelnen aktiven Bewegungen des Kranken erzeugte mechanische Kraft erhalten und aufgespeichert durch die Trägheit des Pendels: durch das Pendel werden die anfänglich geringen aktiven Bewegungen summirt und kommen nunmehr als passive Bewegungen zu erneuter energischerer Wirkung." Auf dieser Wirkung des Pendelprincips fussend, hat K. eine Anzahl von verhältnissmässig einfachen Apparaten construirt, die zur Behandlung der verschiedenen Gelenksteifigkeiten dienen.

Eine Beschreibung dieser Apparate hat ohne Abbildungen keinen Zweck. Wir verweisen deshalb auf die Originalarbeit.

P. Wagner (Leipzig).

336. **Die Behandlung des Tripper-Augenflusses**; von Prof. Burchardt. (Centr.-Bl. f. prakt. Augenhkde. XVI. 1; Nov. 1893.)

In einem Vortrage schildert B. die Behandlung der Blennorrhoea neonatorum et adultorum, wie er sie auf der Augenabtheilung der Charité in Berlin seit Jahren ausübt. Offen gesteht er ein, dass er von der sogen. klassischen Behandlung, der wiederholten Aetzung mit dem Argentum nitricum-Stift, nur „höchst traurige Ergebnisse" erlebt habe. Jetzt beschränkt er sich auf wiederholte Ausspülung des Bindehautsackes mit ganz schwachen Höllensteinlösungen oder 5proc. Chlorwasserlösung, ohne zu ätzen. Die Erfolge sind nach B. „ausserordentlich günstig". B. hält es für möglich, dass noch schwächere Höllensteinlösungen als $^1/_{10}{}^0/_0$ oder andere keimwidrige Mittel sich auch sehr eignen. [Immer wieder betont Ref. nun schon seit ca. 15 Jahren, dass Argentum nitricum überflüssig, ja schädlich, dass lauwarme Ausspülungen mit schwacher Sublimat- oder Borlösung, ja mit einfachem Wasser die besten Erfolge geben.]

Lamhofer (Leipzig).

337. **Transactions of the American Ophthalmological Society. Twenty-Ninth Annual Meeting.** (Hartford 1893. Published by the Society. Gr. 8. 154 pp.)

Aus den vorliegenden Verhandlungen, die in einem musterhaft gedruckten Buche mit zahlreichen Abbildungen wiedergegeben sind, mögen folgende Vorträge besprochen werden.

Gouty retinitis, chorioretinitis and neuroretinitis; by Charles Stedman Bull, New York. B. stellt aus der Literatur die verschiedenen Beobachtungen und Ansichten über die Veränderungen zusammen, die durch Gicht am Auge hervorgerufen werden. Dann schildert er auf Grund sehr zahlreicher eigener Beobachtungen, sowie mehrerer Sektionsbefunde, ausführlich den Augenspiegelbefund bei Gichterkrankung. Nach ihm sind die Veränderungen im Auge stets doppelseitig, wenn auch nicht auf beiden Augen ganz gleich. In den Blutgefässen der Retina findet man eine Degeneration der Wandungen, die eine Verschlechterung des centralen, weniger des peripherischen Sehvermögens zur Folge hat, ohne dass es aber zu gänzlicher Erblindung kommt. Eine erfolgreiche Behandlung kann zwar der Abnahme des Sehvermögens Einhalt thun; eine Besserung des Sehvermögens aber ist bei entwickelter Krankheit nicht zu erwarten. Blutungen sind selten und kommen nur im Anfange der Erkrankung vor. Dagegen findet man in der Netzhaut zahlreiche körnige, gelbliche Exsudate rings um den hinteren Augenpol bei unberührter Maculagegend. Eben so häufig wie diese Exsudate findet man die bekannten Zeichen der Sklerose der Gefässwände. Diese sklerotische Degeneration zeigen sowohl die Gefässe der Aderhaut, als die der Retina und des Sehnerven. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die erwähnten Exsudate in allen Schichten der Retina, ausgenommen die Stäbchen- und Zapfenschicht, hauptsächlich aber in der Nervenfaserschicht liegen. Die Veränderungen in den Fasern des Sehnerven sind auf dessen intraocularen Theil beschränkt.

In der Verhandlung wurde betont, dass die beschriebenen Veränderungen sich auch bei anderen Körpererkrankungen, ja genau so auch da finden, wo nicht der geringste Grund für Annahme von Gicht vorhanden ist.

A case of traumatic dislocation of the iris under the unbroken conjunctiva — sympathic ophthalmia; by Dr. Knapp.

Ein 45jähr. Mann wurde, während er mit seinem Hunde spielte, von dessen Kopf an das linke Auge gestossen. 10 Tage nach der Verletzung fand man einen Bindehaut-Bluterguss und auf der inneren Seite die Regenbogenhaut unter der Bindehaut. Letztere selbst war vollständig unversehrt. Die Linse war nicht dislocirt, schlotterte nicht. In der Sklera war ein 3—4 mm langer Riss. Ausser etwas Blut im vorderen Glaskörperraum konnte man mit dem Augenspiegel nichts Abnormes finden. In den nächsten Tagen saugte sich das Blut auf und das Auge war vollständig reizlos. 29 Tage nach der Verletzung trat typische sympathische Entzündung auf dem anderen Auge auf, die mit Verschluss der Pupille und mit einem Sehvermögen $^1/_{200}$ endete. Auch auf dem linken Auge wurden die Glaskörpertrübungen immer dichter. Bei der letzten Untersuchung war S = $^2/_{200}$.

In der Verhandlung wurde lebhaft die Frage besprochen, wann die Enucleation zur Verhütung der sympathischen Ophthalmie gemacht werden soll. Die meisten erfahrenen Kliniker sprachen sich dafür aus, ein noch sehendes verletztes Auge nicht zu opfern. Besonders was die Iris-Hernien oder -Prolapse betrifft, wurde die Ansicht ausgesprochen, dass noch nie eine sympathische Entzündung auf eine Iris-Hernie zurückgeführt werden konnte, die nicht durch eine zufällige Verwundung oder durch das Messer des Operateurs angegriffen worden. Irisvorfälle sollen daher nur in den ersten Stunden nach deren Entstehung operirt werden [das haben die alten Augenärzte schon längst betont. Ref.].

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Suppression of the visual image; by Walter B. Johnson.

Ein 19jähr. Arbeiter verlor bei der Arbeit sein rechtes Auge, mit dem er bis dahin allein gesehen hatte ($S = {}^{20}/_{15}$). Das linke, stark schielende Auge zählte nur Finger in 6 Zoll; eine Verbesserung durch Gläser war nicht möglich. Schon einige Tage nach der Enucleation des verletzten Auges bemerkte Pat., dass er mit dem linken Auge besser sehen könne, Finger in 3 Fuss. In kurzer Zeit nahm das Sehvermögen immer mehr zu, wenn auch das Auge anfangs sich noch schwer einstellte und 4 Wochen nach der Operation fand sich eine Sehschärfe von ${}^{20}/_{15}$; in der Nähe wurde Jg 1 gelesen.

Diese seltene Heilung „der Amblyopia ex anopsia" rief eine lebhafte Diskussion hervor.

[Ref. möchte sich erlauben, hier über einen erst vor 3 Tagen untersuchten Kranken zu berichten. P., ein Fabrikant, 50 Jahre alt, hatte im vorigen Jahre das rechte Auge, „mit dem er allein sah", durch einen anschwippenden Zweig verloren. Das linke Auge soll stets nach aussen geschielt haben und schwachsichtig gewesen sein. Pat. giebt an, dass er nach der Verletzung wieder auf dem linken Auge nach und nach habe sehen lernen. Die Beschwerden beim Sehen in der Nähe, von denen er spricht, die bald eintretende Ermüdung dürften auf die Anstrengung des bis dahin unthätigen inneren Augenmuskels zu beziehen sein. Jetzt steht das rechte Auge (mit Leucoma adhaerens) nach aussen und das linke Auge, dessen Papille am unteren Rande eine grosse Sichel zeigt, kurzsichtig, aber sonst normal ist, sieht mit $-{}^{1}/_{20}$ für die Ferne und mit Convexglas in der Nähe so gut, dass P. seinem Berufe vollständig nachkommt.]

Can loss of the eyes by ophthalmia neonatorum always be preventend? by Alexander Randall, Philadelphia. R. berichtet über eine eiterige Bindehautentzündung bei einem neugeborenen Kinde, die am 4. Tage auftrat und trotz der geradezu bewunderungswürdig aufopfernden Behandlung bei Tag und Nacht durch R. selbst doch in 2 Wochen zur Vereiterung beider Hornhäute führte.

[Nicht der Krankheitsfall selbst, sondern die im Titel gegebene Frage veranlasst mich, statt eines kurzen Referates einige Bemerkungen über die Blennorrhöe der Neugebornen zu machen.

Ist es nicht schon auffallend, dass die Frage gestellt wird, *ob die Blennorrhöe stets heilbar sei,* nachdem noch vor gar nicht langen Jahren immer nur, wie jetzt noch z. B. bei der Diphtherie, über die grossen Verluste an Augen durch die Blennorrhöe gesprochen und geschrieben und nach einem Mittel gegen diese schreckliche Krankheit gesucht wurde? Die Fragestellung Randall's wird erklärt durch die rührenden Worte, dass ihm das Unglück dieses Kindes, des ersten Kindes seines Freundes, so nahe gegangen, als ob es sein eigen Kind betroffen hätte, und dass es für ihn doppelt bitter gewesen sein muss, zu gleicher Zeit in dem „December Century Magazine" bei der Erwähnung der 15 Tausend, die nach der Statistik durch Blennorrhoea neonator. ihr Augenlicht verloren haben, zu lesen, dass auch nicht einer von diesen 15000 erblindet wäre, wenn zur rechten Zeit die rechte Behandlung ihm zu Theil geworden wäre.

Wer immer dies geschrieben haben mag, sein therapeutischer Glaube ist jedenfalls viel grösser, als seine augenärztliche Erfahrung.

Ich will heute nur von der *Prognose* und der *Therapie der Blennorrhoea neonat.* sprechen, nachdem schon vor mehreren Jahren in diesen Jahrbüchern ein Vortrag von mir über diese Krankheit abgedruckt worden ist.

Ich habe das Glück, nunmehr eine Reihe von fast 300 Kindern mit Blennorrh. neonat., die mit unversehrter Hornhaut in meine Hand kamen, behandelt zu haben, ohne dass auch nur einmal eine Hornhauterkrankung eintrat, so schwere Formen auch dabei waren, was Schwellung der Lider, der Bindehaut und Eiterabsonderung betraf. Allein trotzdem spreche ich auch jetzt in jedem neuen (auch anscheinend günstigen) Falle nur die Hoffnung, die Wahrscheinlichkeit aus, nie aber die Versicherung einer gewissen Heilung.

Sind es zu früh geborene, schwächliche, schlecht trinkende, künstlich ernährte, ikterisch gefärbte oder sonst kränkliche Kinder, so stelle ich die Prognose ausnahmelos ernst. Das von R. behandelte Kind war aber, wie er bemerkt, ungemein schwächlich, ikterisch, erbrach immer, kurzum „sein Leben hing die ersten Tage an einem Faden". Bei solchen, meist an Brechdurchfall leidenden Kindern tritt unter dem Bilde der Keratomalacia, bei geringer Lidschwellung und Eiterung, ausnahmeweise aber auch bei stärker ausgeprägten Entzündungserscheinungen, Vereiterung, Einschmelzung der Hornhaut ein, gegen die jede ärztliche Hülfe vergeblich ist.

Meist sterben diese Kinder ja bald. Bessert sich aber die Ernährung in den nächsten Wochen und bleibt das Kind am Leben, so ist es für das Auge zu spät, die Hornhäute sind während der ersten Woche verloren gegangen.

Wodurch ist überhaupt in den letzten Jahren eine Verminderung der Erblindungen an Blennorrhöe eingetreten? Durch die „richtige" ärztliche Behandlung? Nein; wenigstens nicht in erster Linie, denn eine zu grosse Zahl von Kindern kommt nicht in ärztliche Behandlung. Durch die Credé'sche Prophylaxis? Nein; sie wird ausserhalb der Institute nur selten angewendet. Die Hauptursache ist die, dass durch die segensreiche Bewegung in den letzten Jahrzehnten, durch Wort und Schrift und durch eigene Vereine doch bereits ein grosser Theil des Volkes von der Gefährlichkeit dieser Krankheit gehört hat *und dass deswegen den erkrankten Augen durch allerhand sinnlose Mittel bis zum „Fensterschweiss" und „eigenen Wasser" nicht mehr so oft geschadet wird.* Ein wichtiger Umstand ist auch darin zu sehen, dass bereits in vielen Staaten für die Hebammen die Anzeigepflicht besteht.

Was nützte alle Belehrung in der Hebammen-Schule! Möglichst das Wochenbett allein zu leiten und lieber eine Krankheit als ungefährlich hinstellen, damit nur nicht ein Arzt zu Rathe gezogen werde, das war und ist noch vielfach das Bestreben dieser „weisen Frauen".

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Ich möchte hierfür nur ein auffallendes Beispiel anführen. Eine hier sehr bekannte ältere Hebamme beschwichtigte vor einigen Jahren die Mutter (Primipara) eines 6 Tage alten Kindes mit Blennorrhoea neonatorum wörtlich so: „Das ist gar nichts Schlimmes, das ist die sogenannte Augenbutter, aus der sich der Thränensack bildet.“ Die junge Frau las zum Glück im „Ammon“ nach und schickte zu mir.

Die Diskussion, die sich an Randall's Vortrag anschloss, war sehr lebhaft. Bei der Therapie gingen die Meinungen auseinander. Die Einen schworen auf das Argentum nitricum, den Anderen genügten weniger starke antiseptische Mittel; die Einen waren für kalte, für Eis-Umschläge, die Anderen für warme. Sublimatsalbe, Jodoform u. s. w. wurden als Heilmittel angeführt. Man unterschied auch zwischen einer sozusagen einfachen Ophthalmia neonatorum und einer gonorrhoischen. Wer soll da entscheiden? Antwort: das Mikroskop. Bei der ersten wäre das Argentum nitricum schädlich, bei der zweiten Form nützlich. Gut; ein Dutzend Neugeborener können das stark ausgeprägte typische Bild einer Blennorrhöe zeigen und doch findet man trotz eifrigen Suchens keinen Gonococcus. Und zufällig findet man ihn sofort in einem „leichteren“ Krankheitsfalle. Soll nun der Anhänger der Argentum-Behandlung 2, 3 Tage warten, um sich am 4. Tage Vorwürfe zu machen, dass er die richtige Behandlung versäumt habe, oder sofort Argentum anwenden, und bei negativem mikroskopischen Befunde in Angst leben, dass er das Auge unnöthig gereizt und geschädigt habe? Lasse man doch bei einem so ausgeprägten klinischen Krankheitsbilde diese Kokken-Jagd und verwende die Zeit lieber auf die Behandlung des kranken Kindes.

Für mich steht fest, dass ein Kind an Blennorrhöe in den allermeisten Fällen nur dann erkrankt, wenn der Vater kürzere oder längere Zeit vor der Heirath an Gonorrhöe gelitten hat. Und darum erkrankt auch, was in der Diskussion ebenfalls erwähnt wurde, meist das erste Kind aus der Ehe, die nachfolgenden nicht.

Es freut mich, der ich dieser Krankheit seit meinen Assistenten-Jahren besonderes Interesse gewidmet habe, dass, wie neulich Burchardt in Berlin, sich doch schon immer mehr Autoren dahin aussprechen, dass man auch ohne Argentum auskommen könne, ja besser ohne dieses. Aber immer noch hört man von der *„klassischen Argentum-nitricum-Behandlung nach A. v. Gräfe“*. Es erinnert mich dies daran, dass man Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre auf die Frage: „Wie extrahiren Sie bei Altersstaar?“, stets die kurze Antwort bekam: „Immer mit Linearschnitt nach oben.“ Und doch wurde fast allgemein ein mehr oder minder hoher Lappenschnitt gemacht. Wer auf die Frage nach der Blennorrhöe-Behandlung antwortet: „Immer mit Argent. nitr. nach A. von Gräfe“, der ist in arger Selbsttäuschung. Wasser allein thut's freilich nicht, heisst ein bekannter Satz; und Höllenstein allein auch nicht. Wer mit Argentum-Stift ätzt, Argentum-Lösung in den Bindehautsack giesst oder träufelt, der behandelt doch noch lange nicht nach A. v. Gräfe. Wer die klassische Arbeit dieses grossen Meisters im Archiv für Ophthalmologie liest, der muss ehrlich zugeben, dass dessen strenge Vorschriften strikte in manchen Fällen sich nicht einmal in einer Klinik durchführen lassen, in der Privatpraxis aber überhaupt in den seltensten Fällen ausführbar sind. Und welch' geringer Procentsatz von Blennorrhöe-Kranken wird in Kliniken behandelt! *Die allgemein übliche ärztliche Vorschrift bei der Blennorrhöe ist immer noch diese: „Träufeln Sie von dieser Medicin (1—2proc. Höllenstein-Lösung) dem Kinde alle 2 Stunden in das Auge und machen Sie fleissig Eisumschläge.“ Diese Vorschrift bringt wenigstens keinen Schaden.* Die Leute haben ein ärztliches Mittel und machen wenigstens nichts Schlimmeres. Die Eis-Umschläge werden zum Glück für Mutter und Kind (in den ärmeren Kreisen müsste die Wöchnerin selbst sie machen) eben nicht fleissig gemacht. Man ist froh, wenn das Kind schläft oder nicht schreit, und die Läppchen werden lange Zeit ruhig auf den Lidern liegen gelassen. Und von der Höllenstein-Lösung kommt durch die Ungeschicklichkeit und Aengstlichkeit der Mutter und durch den beim Emporheben oder Abziehen des Lides hervorquellenden Eiter glücklicherweise gewöhnlich Nichts in den Bindehautsack.

Wer sich nur mit dem Receptschreiben begnügt und dem Versprechen, am nächsten oder übernächsten Tage wieder nachsehen zu wollen, wer nicht soviel Zeit hat, um zweimal, nöthigenfalls dreimal des Tages nachzusehen und die genaue Befolgung seiner Anordnungen zu controliren, der soll die Behandlung einer Blennorrhöe nicht übernehmen. Das erste nach der Feststellung der Diagnose muss sein, die Angehörigen auf die grosse Gefahr der Ansteckung aufmerksam zu machen (leider wird das auch noch manchmal von den Aerzten in der Eile versäumt), eigenes Waschgefäss, eigene Handtücher u. s. w. bereit stellen zu lassen. Dann muss jedes Kind eine Person als Pflegerin während der ersten Krankheits-Woche wenigstens haben (die Wöchnerin ist doch hierzu nicht geeignet). Mit Geld und guten Worten habe ich bis jetzt immer, wenn keine geschulte Krankenwärterin zu bekommen war und keine Verwandten am Orte waren, eine Flur-Nachbarin oder sonst Jemand gefunden. Und sie Alle haben, manchmal mit geradezu aufopfernder Theilnahme, sich dem kranken Kinde gewidmet. Ist das Kind kränklich, schwächlich und kann die Mutter das Kind nicht selbst nähren, so wäre es ja das Richtige, eine Amme dem Kinde zu verschaffen. Da dies aber nicht immer möglich ist, so ist es erst recht unsere wichtigste Aufgabe, für die Ernährung des Kindes in anderer Weise die grösste Sorgfalt zu verwenden. Es handelt sich ja hierbei immer nur um

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

1—2 Wochen, denn mit jedem Tage wird die Prognose besser. Wo ich nicht ganz sicher bin, dass Erkältungen beim gewöhnlichen Baden ausgeschlossen sind, lasse ich nach der Vorschrift der alten Augenärzte das Bad einige Tage aussetzen. Hier zu Lande liegen die Kinder während der ersten Lebensmonate in einem Steckkissen, dessen Ueberzug nicht alle Tage erneuert wird. Ich treffe auch regelmässig beim ersten Besuche rechts und links vom Kopfe des Kindes grosse Eiterflecke im Ueberzug. Nicht einmal habe ich es erlebt, dass die Angehörigen von dem Arzte darauf aufmerksam gemacht worden waren. Und doch läge es so nahe, unter den Kopf des Kindes ein Leinentuch zu legen und oft zu wechseln. Die Wäsche der Unterlegtücher eines kleinen Kindes ist ja doch einmal eine grosse Arbeit, die geschehen muss. Ueber die Arme und den Oberkörper lasse ich ein schmales Handtuch oder sonst ein zusammengelegtes Tuch schlagen, so dass das Kind mit den Händchen nicht bis zu den Augen reichen, aber doch Vorderarme und Händchen unter dem Tuche frei bewegen kann. Eine alte Unsitte ist es, die Händchen der Kinder in Leinwandsäckchen zu stecken, damit „sie sich nicht in die Augen kratzen". Sie schmieren sich damit den Eiter nur im Gesichte herum; die Leinwandsäckchen werden ausserdem nur beim Morgen-Bade immer abgenommen und nach dem Bade wieder umgewickelt.

Gereinigt wird das Auge nur mit einfacher Verbandwatte (nicht Carbolwatte) *und lauwarmer Flüssigkeit.* Strenge verpönt sind die sogen. (recht theueren) Augenschwämmchen. Als Flüssigkeit zum Ausspülen habe ich von Anfang an nur destillirtes Wasser gebraucht. Jetzt nehme ich in der Privatpraxis abgekochtes Wasser. Wo ich dem Reinlichkeitsinne der Angehörigen nicht traue, oder dem Wunsche nach einer Medicin aus der Apotheke nachgebe, verwende ich eine ganz schwache Borlösung. Man kann nun die mit der Flüssigkeit durchtränkten Wattebäuschchen direkt über dem geöffneten Auge wiederholt ausdrücken. Besser, leichter, sicherer und reinlicher ist es, dazu eine Undine zu benutzen (ja keine Spritze!). Ein sanftes Heben des oberen Lides genügt schon, wenn das Ueber- oder Eingiessen wiederholt wird. Vor Verletzung des Augapfels durch ungestümen Versuch, die Lider zu öffnen, warne ich die Leute dringend.

Wie oft soll die Ausspülung gemacht werden? In der Diskussion wurde die Vorschrift von einem Mitgliede des Congresses gegeben „Tag und Nacht alle 10 Minuten". Ich denke, es wird mit dieser Vorschrift glücklicherweise wie mit „den fleissigen Eisumschlägen" gehen. Ich lasse sie alle Stunden, oder auch $^1/_2$—2 Stunden in der Regel machen. Mit Watte abwischen, das kann die Wärterin oder die Mutter meinetwegen öfter. In der Nacht wird die Ausspülung nur gemacht, wenn das Kind getrunken hat. Im Allgemeinen lässt sich bei Neugeborenen aber kein Unterschied von Tag und Nacht machen, da manche mehr bei Tage schlafen. Jedenfalls soll das Kind nicht im Schlafe gestört werden. Schutzvorkehrungen für das zweite, etwa noch gesund aussehende Auge eines Neugeborenen unterlasse ich als nutzlos.

Auf diese Weise behandle ich die Blennorrhoea neonatorum. Die Krankheit ist dabei kürzer, als bei der Argentum-Behandlung und jenes langwierige dritte Stadium bekomme ich fast nie mehr zu sehen.

Gilt diese Behandlung auch, wenn Erwachsene inficirt werden? Ich habe hierüber eine geringe Erfahrung. Die Zahl der Kranken, die durch gonorrhoischen Eiter ihre Augen inficirt hatten und in meine Behandlung kamen, ist nur 6; 4 Kellner, 2 Kaufleute. Ich habe sie ebenso behandelt und ihnen nur im ersten Stadium gerathen oder überlassen, kalte Umschläge nach ihrem eigenen Gefühle zu machen. Alle genasen schnell. Einen einzigen Kranken, einen Arzt, der sich beim Ausspritzen der Genitalien eines kleinen Mädchens ein Paar Stunden, ehe er in unsere Behandlung kam, auf einem Auge inficirt hatte, habe ich mit Argentum und Eisumschlägen (jussu magistri) mit behandelt. Das Auge ging verloren, trotz mühsamer Pflege bei Tag und Nacht.

Meine wiederholt seit 15 Jahren ausgesprochene Ansicht über die Argentum-nitricum-Behandlung ist kurz zusammengefasst folgende: Als Prophylacticum unmittelbar nach der Geburt des Kindes in das Auge eingeträufelt, wie Credé es vorgeschrieben (wohlgemerkt! nur einmal, nicht wie in der Diskussion auch erwähnt wurde, an jedem der ersten Lebenstage), schadet das Argentum nicht, nützt aber mit fast absoluter Sicherheit. Als Einträuflung, Aetzung verwendet, nachdem die Krankheit ausgebrochen, nützt es nichts, schadet ungemein, auch in schwächster Dosirung im ersten Stadium, schadet stets auch später bei rigoroser ungeschickter Anwendung, schadet da auch, in vielleicht geringerem Grade bei milder Dosirung, durch Reizung des entzündeten Gewebes. Der Glaube, mit Argentum nitricum bei entwickelter Blennorrhöe etwa die Gonokokken zu tödten, die Schleimhaut, wie ein oft gehörter Ausdruck lautet, „umzustimmen", nicht zu schädigen, ist nichts weiter als ein Glaube.

Möge jeder ein an Blennorrhöe erkranktes Kind, gleich Randall, so behandeln, als ob es sein eigenes wäre, die Prognose aber trotz aller Erfolge ernst stellen und hierin Andrews' Worten in der Diskussion beipflichten: As to guaranteeing a cure in ophthalmia neonatorum, I believe the physician should never guarantee a cure in any disease.] Lamhofer (Leipzig).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

VIII. Hygieine und Staatsarzneikunde.

338. **Ueber die Volksernährung in Neapel vom hygienischen Standpunkte**; von Dr. Luigi Manfredi. Aus dem hyg. Institut zu Neapel. (Arch. f. Hyg. XVII. p. 552. 1893.)

Die Voit'schen Zahlen von 118 g Eiweiss, 56 g Fett, 500 g Kohlehydrate sind in den letzten Jahren vielfach angegriffen worden. Beneke, Flügge, Nakohama, Hirschfeld, Breisacher u. A. bewiesen die Möglichkeit, sich und Andere mit einem überraschend kleinen Quantum Eiweiss, trotz körperlicher Arbeit, Tage und Wochen lang im Stickstoff-Gleichgewicht zu halten.

M. betont dagegen, dass Voit seine Zahlen für einen Mann von 70—75 kg, bei 8—10stündiger Arbeit bestimmt habe, im Durchschnitte werde man also bei einer Bevölkerung wesentlich niedrigere Werthe finden, zumal wenn diese den Typus einer ärmlichen gemischten Ernährung darbiete, wie die der kleinen Leute in Neapel. M. untersuchte von diesen 8 Individuen, 3—7 Tage lang, bei täglich 2 Mahlzeiten. Letztere bestanden hauptsächlich aus den Eingeweiden von Schafen, Schweinen und Rindern, gesalzenem Stock- und Schellfisch, Brod, Maccaroni, Kartoffeln und Bohnen, Obst, Oel und einer reichlichen Menge von Ortaglie, d. h. frischem Gemüse aller Art, wie Rüben, Zwiebeln, Kohlarten, Salate, Sellerie, Paradiesäpfel u. s. w. Bemerkenswerth ist dabei, dass die ärmeren Klassen ihre Mahlzeiten fast nie selbst zubereiten, sondern aus den unzähligen, in jedem Punkte der Stadt befindlichen Garküchen (Bettole) um 5—30 Centesimi (pro Person und Tag also 40—60 Centesimi) entnehmen. Nach M.'s Berechnung bekommen jene Leute ca. 70 g Eiweiss, 32 g Fett und 369 g Kohlehydrate, während in den deutschen Volksküchen dafür 105 g Eiweiss, 53 g Fett und 517 g Kohlehydrate geboten werden.

Die Gesammtassimilation der Speise fand M. ziemlich gut vor sich gehen, da in dem nicht übermässigen Volumen von Koth nur noch ca. 7% trockener Substanz vorhanden war. Am besten erfolgte die Aufnahme der Kohlehydrate (Verlust mit dem Koth nur 4%), dann kam die der Fette (Verlust 12.4%), zuletzt die der stickstoffhaltigen Substanzen. Absolut genommen, erscheint der Nahrungswerth ungenügend, mit Rücksicht auf das Gewicht und die Körperoberfläche des Durchschnittsindividuum aber eben thermisch hinreichend. Auffällig ist der Mangel an stickstoffhaltigen Substanzen, welcher durch einen Ueberschuss von Kohlehydraten ergänzt wird. Dennoch hält sich der Organismus dieser Leute dauernd im N-Gleichgewicht. Die Ziffer des N-Wechsels wird zwar eine sehr niedrige sein und bedeutend von den Voit'schen Zahlen abweichen, allein stets ist sie um fast das Doppelte grösser, als die in den Laboratoriumversuchen von Kumagawa, Hirschfeld, Peschel, Breisacher gefundenen Werthe des Eiweissbedarfes. Diese Armuth an N-haltigen Substanzen in der Speise steht aber nach M. sicherlich in Zusammenhang mit dem physischen Heruntergekommensein und den daraus folgenden verweichlichten Gewohnheiten und der geringen Arbeitslust der neapolitanischen ärmeren Bevölkerung.

Die Ernährung bietet ferner ein übergrosses Volumen wegen des vorwiegenden Gehaltes an Vegetabilien, das Fleisch verschwindet fast und wird durch gesalzenen und getrockneten Fisch ersetzt, aber in zu geringer Quantität. Der vegetabilische Stickstoff wird dagegen in guter Form dargeboten und reichlich resorbirt.

Zu erwähnen ist noch das Uebermaass von Gewürzen und die üble Sitte, den grössten Theil der für den Tag nöthigen Nahrungstoffe in einer einzigen Mahlzeit zu verzehren.

Nowack (Dresden).

339. **Zur Frage über den Einfluss fraktionirter Nahrungsaufnahme auf den Stoffwechsel des gesunden Menschen**; von S. G. Smirnow. (Wratsch Nr. 3. p. 70. 1894.) Russisch.

Sm. hat seine Versuche an 8 gesunden 23- bis 24jähr. Menschen angestellt. Jede Beobachtung bestand aus 2 Perioden, von denen jede 6 Tage dauerte. Die Nahrung bestand aus Brod, Milch, Fleisch und Butter; ausserdem wurde Thee mit sehr wenig Zucker nach Belieben gegeben, wobei die Theemenge in beiden Perioden ungefähr gleich war. Während der ersten 6 Tage bekamen die Untersuchungsobjekte je $^1/_5$ der täglichen Brod-, Butter- und Milchmenge um 9 Uhr Morgens und um 9 Uhr Abends, den ganzen Rest und die ganze Fleischportion um $^1/_2$2 Uhr Mittags. Während der zweiten Periode wurde die ganze Brod-, Milch- und Buttermenge in 5 gleiche, das Fleisch in 4 gleiche Theile getheilt und um 9, 12, 3, 6 und 9 Uhr gegeben, wobei die erste Mahlzeit um 9 Uhr Morgens aus Brod, Butter und Milch, die übrigen 4 ausserdem auch aus Fleisch bestanden.

Aus seinen Versuchen zieht Sm. folgende Schlüsse: 1) Die Stickstoffaufnahme in der zweiten Periode vermehrte sich in allen 8 Fällen von 0.52—5.24%; das arithmetische Mittel betrug 2.39%. 2) Der Stickstoffaustausch in der zweiten Periode vermehrte sich in allen 8 Fällen von 1.98—14.37%, betrug im Mittel 8.39%. 3) Das Verhältniss des Stickstoffgehalts der Extraktivstoffe zu dem des Harnstoffs verringerte sich in der zweiten Periode in 6 Versuchen von 0.08—5.95% und in 2 Versuchen vermehrte es sich um 0.07 und 1.77%; im Mittel verbesserte sich also der Stickstoffaustausch um 1.54%. 4) Die Stickstoffmenge

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

sowohl des Harns, als auch des Harnstoffs war in 7 Versuchen der zweiten Periode kleiner und nur in einem Versuche etwas grösser, als während der ersten Periode. 5) Das Körpergewicht nahm bei der fraktionirten Nahrung zu; die Gesammtmenge der täglich bestimmten Körperzunahme betrug für die zweite Periode in allen 8 Fällen mehr, als für die erste Periode, und zwar um 400—4460 g. 6) In Bezug auf die absolute Menge der Aetherschwefelsäuren im Harne und ebenso in Bezug auf das Verhältniss der Menge der präformirten Schwefelsäure zu der der ersteren, konnte Sm. keinen Unterschied zwischen erster und zweiter Periode oder doch nur minimale Schwankungen bald nach der einen, bald nach der anderen Seite wahrnehmen.

Aus Allem glaubt er den Schluss ziehen zu können, dass die fraktionirte Nahrungsaufnahme für einen gesunden Menschen eine viel grössere Verwerthung garantirt, als eine nicht fraktionirte.

M. Gerschun (Dorpat).

340. **Ueber die Ausnützung gemischter Kost bei Aufnahme verschiedener Brodsorten**; von Dr. W. Prausnitz. Aus dem physiol. Institut zu München. (Arch. f. Hyg. XVII. p. 626. 1893.)

P. hat seine interessanten und verdienstvollen Untersuchungen über die Ausnützung der verschiedenen Nahrungsmittel im Darmkanal fortgesetzt. Gab er zu einer gewöhnlichen gemischten Kost verschiedene Brodarten, so war die Ausnützung der gesammten Nahrung eine ungleiche, von der Art des genossenen Brodes abhängige. Die beste Ausnützung fand er bei Weizenbrod, die schlechteste beim Roggenbrod. Brod aus gleichen Theilen Weizen- und Roggenmehl hielt etwa die Mitte. Dabei war die Ausnützung nicht nur von der Art des Getreides abhängig, sondern auch von dem Vermahlungsgrad, je feiner das Mehl, desto besser die Ausnützung.

Den Stickstoffgehalt des trockenen Kothes fand P. bei verschiedenen Personen und unter den verschiedensten Ernährungsverhältnissen (Hunger, Aufnahme von stickstoffreicher, stickstoffarmer, stickstofffreier Kost) so wenig schwankend, dass er den Koth in den meisten Fällen als grösstentheils aus Darmsaft, nicht aber aus Nahrungsresiduen bestehend betrachtet. Er empfiehlt deshalb im Allgemeinen nicht wie bisher von schlecht oder gut ausnützbaren, sondern richtiger von viel oder wenig Koth bildenden Nahrungsmitteln oder Speisen zu sprechen. Leicht resorbirbare Nahrungsmittel lassen eben den Darm nur wenig Darmsaft absondern, während schwerer resorbirbare mehr Darmsaft zu ihrer Resorption erfordern. Je mehr Darmsaft aber abgesondert wird, desto mehr Koth entsteht und damit erscheint die Ausnützung, die Resorbirbarkeit ungünstiger.

Besondere Aufmerksamkeit verdient dann noch die von P. gerügte, ganz unzweckmässige Herstellung des Commissbrodes. Es wird ein viel zu grobes Mehl verwendet, so dass das Commissbrod, abgesehen vom Pumpernickel, das schlechteste deutsche Brod darstellt. P. fordert dafür die Benützung von mittelfein gemahlenem Roggen- und Weizenmehl.

Nowack (Dresden).

341. **Untersuchungen über das Verhalten verschiedener Brodarten im menschlichen Organismus**; von Dr. G. Menicanti und Dr. W. Prausnitz. (Ztschr. f. Biol. XXX. N. F. XII. 3. p. 328. 1894.)

Ueber die Rolle, welche die verschiedenen Brodarten, je nach ihrer Zubereitung, im menschlichen Organismus spielen, sind M. u. P. zu folgenden Resultaten gelangt.

Die Kothbildung ist geringer bei Aufnahme von mit Hefe gebackenem Brode, als bei mit Sauerteig gebackenem. Sie ist geringer bei Weizenbrod, als bei Roggenbrod. Lockeres, poröses Brod ist leichter resorbirbar und liefert weniger Koth, als festes, schweres Brod, welches stärkere Abscheidung der Darmsäfte bewirkt. Die Porosität, das Volumen, das specifische Gewicht des Brodes sind abhängig von der Getreideart, dem Vermahlungsgrad und der Mehlqualität. Die Dekortikation des Getreides bietet keine so grossen Vortheile, wie ihr nachgerühmt werden.

V. Lehmann (Berlin).

342. **Ueber die Anwendung der Eiweissträger, insbesondere des Weizenklebers in der Nahrung des Menschen**; von Carl Voit. (Arch. f. Hyg. XVII. p. 408. 1893.)

Bei der Herstellung der Weizenstärke geräth bekanntlich der hauptsächlichste Eiweissstoff des Weizenmehls, der Kleber, in sehr beträchtlicher Menge in Abfall. Seit langem hat man deshalb versucht, mit diesem Kleber, namentlich durch Beibacken zum Brode, den Eiweissgehalt einer zu eiweissarmen Kost zu vermehren. V. tritt lebhaft für diese Bestrebungen ein; vor Allem erkennt er das Aleuronat — ein von Dr. Hundhausen nach einem noch unbekannten Verfahren gewonnenes Kleberpräparat — als einen bedeutsamen Fortschritt an, denn es enthält gegen 80% Eiweiss, ist geruch- und geschmacklos und wird vom Darme vorzüglich resorbirt.

Die Gefangenenkost in Rebdorf enthält 11 g zu wenig an Eiweiss, dagegen 48 g zu viel an Stärkemehl. Man braucht dem Brode nur 15 g Kleber zuzusetzen, um sofort eine richtig gewählte Kost zu erhalten. 15 g Eiweiss in Aleuronat kosten 1.5 Pfennig. Für dieselbe Summe erhält man 50 g Brod oder 220 g Kartoffeln, die man von der jetzigen Kost abziehen könnte, um ohne vermehrte Geldmittel den Aleuronatzusatz zu ermöglichen.

Dem Pflanzeneiweiss steht sicher noch eine grosse Zukunft bevor, wenn natürlich auch immer

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

betont werden muss, dass es nicht blos auf die Zufuhr der nöthigen Nahrungstoffe, sondern auch auf deren Art (ob Pflanzen- oder Thier-Eiweiss) und Zubereitung und Mischung ankommt.

Nowack (Dresden).

343. **Erfahrungen auf dem Gebiete der Controle der Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände**; von R. Sendtner. (Arch. f. Hyg. XVII. p. 429. 1893.)

Brand hatte 1889 in einem Glase mit Spargelconserven reichliche Mengen von SO_2 gefunden. S. untersuchte deshalb 32 verschiedene Gemüseconserven aus 14 Fabriken Deutschlands. Alle in Blechdosen verpackten Conserven waren frei von SO_2 (weil das Metall zu leicht angegriffen wird und die Hitze ein besseres Mittel ist), die in Glasdosen verpackten Waaren (Stangenspargel, Champignons, Erbsen, Gewürzgürkchen u. s. w.) dagegen ergaben im Inhalt einer Büchse 26.4 bis 483.0 mg SO_2. Davon waren in der Brühe bis 164.0 mg enthalten. Wenn die Fabriken also glauben, der Schädlichkeit ihrer Fabrikate dadurch steuern zu können, dass sie die Brühe erst abzugiessen rathen, so irren sie gar sehr.

Von Tapeten hat S. seit 1884 nur eine wegen arsenhaltiger Kupferfarbe beanstanden müssen. Weit häufiger dagegen traf er arsenhaltige Wasser- oder Leimfarben, die als Maueranstrich u. s. w. dienten.

Dabei besteht bei den ärmeren Klassen vielfach der Brauch, die neue Farbenlage sofort auf die alte aufzutragen. Sehr bald blättert dann auch der neue Anstrich ab und der alte (sehr häufig arsenhaltige) liegt wieder blos. In einem Falle fand S. in allen 3 Farbenlagen eines Maueranstriches reichlich Arsen.

Buntpapiere boten 1891 in 17.7% arsenhaltige Kupferfarben, 1892 immer noch 14% (meist sogen. Schweinfurter Grün). Von Haarwassern wurden 5 bleihaltig, 2 quecksilberhaltig befunden, auch bleiweissbemalte Spielwaaren kamen noch sehr häufig in den Handel.

Trotz der Mittheilungen von Kayser und Bischoff über Antimonekzeme hat das Farbengesetz vom 5. Juli 1887 die Verwendung von Antimonpräparaten in keiner Weise beschränkt. Die bayrischen Vertreter der angewandten Chemie empfahlen einen Gehalt von höchstens 0.002 g für den Quadratcentimeter festzusetzen. S. fand in einem rothen Strumpf, der ein heftiges Ekzem verursacht hatte, 0.0221 g Antimon in 100 qcm.

Kochgeschirre wurden seit 1884 untersucht 2009. Davon hatten 65% eine gesundheitschädliche Glasur. Besonders waren es die billigen böhmischen Geschirre, die einen Bleigehalt bis 702 mg (im Mittel 102 mg) aufwiesen. Von 16 Theefolien enthielten 12 Blei, 7 waren reine Bleifolien, 3mal liess sich dabei auch in dem Thee Blei (allerdings in verschwindend kleinen Mengen 0.0010 bis 0.0027%) nachweisen. Bleihaltige Hähne an Essigfässern traf S. noch immer an. 1890 fand S. in 100 g Safran 0.96% Blei. Von sogen. amerikanischem Schweinefett kamen 1890 nicht weniger als 136 Proben zur Untersuchung. 75 waren gefälscht (meist mit Baumwollsamenöl). Seit dem Einschreiten der Gerichte werden diese Fettmischungen immer mehr unter der Bezeichnung „amerikanisches Fett", „Kochfett", „Speisefett" u. s. w. verhandelt. Die Anwendung des § 10 des Nahrungsmittelgesetzes ist dadurch unmöglich gemacht, ein Einschreiten nur noch auf Grund von § 12 angängig.

Um den zunehmenden Fettbetrügereien (besonders auch mit Margarine und Butter) zu begegnen, empfiehlt S. dem Cocosnussfett, das als billiges und reines Fett in den ärmeren Klassen ausgedehntere Verwendung verdient, eine grössere Haltbarkeit zu verleihen. Nowack (Dresden).

344. **Untersuchungen über Schweinefett und den Nachweis der gebräuchlichsten Verfälschungen desselben**; von Dr. C. A. Neufeld. (Arch. f. Hyg. XVII. p. 452. 1893.)

N. versuchte mit Hülfe der mikroskopischen Untersuchung ein Verfahren zu gewinnen, um Rindsfett im Schweinefett zu erkennen. Leider blieben seine Bemühungen, wie auch die jüngst mitgetheilten J. A. Zune's, erfolglos. Wie vordem ist man deshalb auf die Jodzahlen angewiesen, deren Grenzen N. für das Schweinefett mit 46 bis 61 bestimmte. Nowack (Dresden).

345. **Ein Beitrag zur Untersuchung von Fleischconserven**; von Dr. Alfred Hasterlik. (Arch. f. Hyg. XVII. p. 440. 1893.)

Unsere Kenntnisse über die Unterscheidung von Pferdefleisch und Rindfleisch sind eben so dürftig, wie die Verarbeitung dienstuntauglicher und kranker Pferde zu Corned-Beef grossartig ist (in Long-Island City verschickte ein einziger Pferdeschlächter monatlich das Fleisch von 450 Pferden als Corned-Beef nach Antwerpen). H. bestimmte deshalb für verschiedene Arten der Zubereitung u. s. w. die Jodzahlen des Rindfleischfettes (Maximum 58.45), und des Pferdefleischfettes (Maximum 79.71) und verglich damit das Ergebniss von 7 Analysen amerikanischen Corned-Beef aus den Beständen der bayrischen Armee. Die Proben stammten von 4 verschiedenen Firmen.

Aus H.'s Versuchen folgt: 1) Zur Erkennung von Pferdefleisch bietet das in ihm zwischen den Muskelfasern abgelagerte Fett sehr werthvolle Anhaltepunkte. 2) Die Isolirung dieses Fettes geschieht am besten mittels Petroläther aus der Trockensubstanz, seine Charakterisirung durch sein Jodaufnahmevermögen nach der Methode von v. Hübl. 3) Die Anwesenheit von Pferdefleisch in Fleischconserven gilt als erwiesen, wenn die Jodzahl des Conservenfleischfettes die Zahl 79.71

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

rund 80.00 erreicht oder überschreitet. 4) Bei der Fabrikation der 7 untersuchten Fleischconserven hat eine betrügerische Verwendung von Pferdefleisch nicht stattgefunden. (Die Jodzahlen schwankten zwischen 42.87—57.09.) 5) Anhangsweise erwähnt H., dass die verwendeten Büchsen in ihrem Lothe noch häufig den Anforderungen des Gesetzes vom 25. Juni 1887 widersprechen.

Nowack (Dresden).

346. **Bakteriologische und chemische Studien über das Hühnereiweiss**; von Dr. H. Scholl. Aus d. hyg. Inst. München. (Arch. f. Hyg. XVII. p. 535. 1893.)

Emmerich, Tsuboi, Löw und Steinmetz gelang es (wie berichtet), erhitztes und dadurch wirkungslos gewordenes Blutserum durch einen geringen Zusatz von Kalihydrat wieder bakterienvernichtend zu machen. Sch. dehnte diese überaus interessanten Versuche auf das Hühnereiweiss aus und studirte die dabei stattfindenden chemischen Umsetzungen. Er konnte alsbald Folgendes feststellen: 1) Das normale frische Hühnereiweiss enthält gebundene, auf Zusatz von Säure schon in der Kälte frei werdende Kohlensäure. 2) Diese CO_2 ist zum geringsten Theil in der Form von Monocarbonaten vorhanden, zu weitaus dem grössten Theil in Form von Bicarbonaten. 3) Bei der Erwärmung auf 60° entweicht aus normalem Hühnereiweiss ein Theil der CO_2, während das Eiweiss selbst ganz allmählich gerinnt. 4) Der Ausdruck „Gerinnungstemperatur" kann nicht in Parallele gestellt werden mit Siedepunkt, Schmelzpunkt, Gefrierpunkt u. s. w., da eine bestimmte Temperatur, bei der die Gerinnung eintritt, genau und ohne Weiteres nicht angegeben werden kann, wenn man nicht einen Zeitpunkt feststellt, bis zu welchem bei einer bestimmten Temperatur eine völlige Gerinnung eingetreten sein muss. 5) Die Gerinnung des Hühnereiweisses steht im engsten Zusammenhang mit der CO_2-Abspaltung und kann so gedacht werden, dass (unter Zugrundelegung der Formel $\frac{\text{Alkali} \quad -O}{\text{Eiweiss} \quad -O}>CO$ für das normale Eiweiss) 2 Moleküle zusammentreten zur Bildung von geronnenem Eiweiss, mit der Formel $\frac{\text{Eiweiss}}{\text{Eiweiss}}>O$. Zugleich wird Alkali-Monocarbonat gebildet und CO_2 entweicht. 6) Aus nicht coagulirbarem Alkali-Albuminat gelingt es durch einfaches Einleiten von CO_2 wieder normales gerinnbares Eiweiss zu erhalten $K-O-\text{Eiweiss} + CO_2 = \frac{K \quad -O}{\text{Eiw.} \quad -O}>CO$.

Normales Blutserum besitzt eine ziemlich starke, Hühnereiweiss (nach E. Richter und Sch.) eine geringe bakterienfeindliche Kraft. Erhitzt verlieren beide diese Eigenschaft, gewinnen sie aber durch Behandlung mit Kali nicht nur zurück, sondern verlieren sie dann auch durch erneutes Erhitzen nicht wieder. Es müssen also im normalen Eiweiss bakterienfeindliche Atomgruppen vorhanden sein, die beim Erhitzen CO_2 abspalten und bakterienneutral werden. Behandelt man nun dieses unwirksame Eiweiss mit Kalihydrat, so werden die wirksamen Atomgruppen regenerirt, gleichzeitig wird aber nicht mehr Alkalieiweisscarbonat gebildet, sondern Kalium-Albuminat, etwa nach der Formel: $\frac{\text{Eiw.}}{\text{Eiw.}}>O + \frac{KHO}{KHO} + \frac{\text{Eiw.}-O-K}{\text{Eiw.}-O-K} + H_2O$. Erhitzt man das Kali-Albuminat nun wieder, so tritt keine Zersetzung ein, da das Kali nicht vom Eiweiss abgespalten wird, somit der molekulare Anstoss, der im normalen Eiweiss durch die Zersetzung der Bicarbonate auf das Eiweissmolekül ausgeübt wird und der die Umlagerung der wirksamen Gruppen in unwirksame zur Folge hat, nicht stattfindet. Mit Kali regenerirtes Eiweiss oder Serum unterscheidet sich daher vom normalen wirksamen Serum nur durch seine grössere Widerstandsfähigkeit gegen höhere Temperatur und durch die Abwesenheit von an Eiweiss gebundener CO_2. Die bakterienvernichtenden Gruppen im Eiweiss, auf die es in bakteriologischer Hinsicht vorzugsweise ankommt, würden also im normalen, nicht erhitzten Serumeiweiss, wie im erhitzten und regenerirten dieselben sein.

[Liessen sich diese Verhältnisse sinngemäss auch auf die Milch übertragen, so würde einer der bedeutsamsten Gründe gegen das Sterilisiren wegfallen, dass nämlich die Milch durch das Sterilisiren zwar eine Anzahl guter Eigenschaften gewinnt wie Keimfreiheit, Haltbarkeit u. s. w. andererseits aber auch werthvolle Vorzüge wie die bakterienfeindliche und immunisirende Kraft ganz oder theilweise verliert. *Ref.*] Nowack (Dresden).

347. **Ueber Milchkuren bei Kreislaufs-Störungen**; von Prof. M. J. Oertel. (Arch. f. Hyg. XVII. p. 84. 1893.)

In der Behandlung der Krankheiten des Herzens und der Nieren hat die Milch eine grosse therapeutische Bedeutung gewonnen. Während aber die einen den ausschliesslichen Genuss von Milch in grossen Quantitäten empfahlen, wollten andere nur geringe Mengen (300—400 ccm) gleichfalls mit Ausschluss jeder anderen Nahrung gestatten. O. erörtert deshalb eingehender den Einfluss der Milchkuren auf den Cirkulationsapparat, auf die Ernährung und die Eiweissausscheidung im Harn und stellt genauer die Indikationen für die Anwendung der Milch fest. Die wesentlichen Faktoren sind hierbei nach O. einmal die Leistungsfähigkeit des Cirkulationsapparates und zweitens der Ernährungzustand. Keinesfalls vermögen wir durch die Milch Kreislaufstörungen und Albuminurie in specifischer Weise zu beeinflussen. Immer muss man deshalb prüfen, ob nicht dem Gefässapparate mehr geschadet als durch die verminderte Eiweissausscheidung genützt wird, oder wenn der Gefässapparat die bezügliche Milchmenge verträgt, ob

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

nicht der Eiweissbestand wieder Einbusse erleidet, während der Fettbestand eine unliebsame Steigerung erfährt, oder endlich, ob man nicht beiden schadet, indem man einen recht zweifelhaften Einfluss auf die Eiweissausscheidung im Harn zu erreichen sucht. Nowack (Dresden).

348. **The hygienic and therapeutic aspects of climbing**; by H. Weber, Bonn. (Lancet II. 18. p. 1048. 1893.)

W. weist dem richtigen Bergsteigen eine hervorragende Stellung in der Behandlung gewisser Krankheiten zu. Doch müssen die jeweiligen Anforderungen der Leistungsfähigkeit und den Eigenthümlichkeiten des Kranken angepasst werden. Gebirgstouren empfehlen sich nicht nur für Leute im blühenden Alter, sondern auch (mit Auswahl) für solche, welche den Höhepunkt des Lebens überschritten haben, für das 45. bis 65. Jahr. Sie können in geeigneten Fällen Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit erhalten oder wieder herstellen und auf diese Weise dazu beitragen, das Leben zu verlängern. Durch schwere Krankheiten Geschwächte, Schwindsüchtige, Leute mit Arteriosklerose, Aortenfehlern, schwachen erweiterten Herzen, Lungenerweiterung und Nierenleiden eignen sich nicht zum Bergsteigen, eben so wenig wie solche, bei denen sich der Verfall des Greisenalters entwickelt. Fettleibige und an körperliche Anstrengungen nicht Gewöhnte sind mit Vorsicht auszuwählen. Kranke mit gut ausgeglichener Mitralinsufficienz können behutsam das Bergsteigen üben.
Brückner (Dresden).

349. **Die Jugendspiele als nothwendige Ergänzung des Turnunterrichts**; von Dr. F. A. Schmidt. (Centr.-Bl. f. allgem. Geshpfl. XIII. 3 u. 4. p. 97. 1894.)

In einem frisch geschriebenen Artikel betont Schm. die Wichtigkeit der Bewegungspiele im Freien für die körperliche Entwicklung und die Charakterbildung der Jugend.
Woltemas (Diepholz).

350. **The advantages of dry desert air and the application of mineral waters in gout, rheumatism and early phthisis**; by Hinsley Walker. (Lancet II. 15. p. 871. 1893.)

W. weist auf die Vorzüge von Helouan-les-Bains, südöstlich von Cairo, hin, das sich in Folge seiner eigenartigen klimatischen Verhältnisse ausserordentlich gut zum Winteraufenthalt für gewisse Kranke eignet. Der Ort besitzt zudem eisenhaltige, salinische und schwefelhaltige Quellen, von welchen namentlich die letzteren (4 an der Zahl) gebraucht werden. Diese haben eine natürliche Wärme von 30° C. und zeichnen sich durch ihren hohen Gehalt an freiem Schwefelwasserstoff, Sulphaten und Chloriden aus. Helouan wird mit Vortheil gebraucht von Schwindsüchtigen auch in den vorgerückteren Stadien, von Reconvalescenten, Rheumatikern, Gichtkranken, bei chronischen Hautkrankheiten, Leberleiden, alter Malaria und Ruhr, sowie bei chronischer Blei- und Quecksilbervergiftung. Brückner (Dresden).

351. **Die Typhus-Epidemie in Ottweiler im Winter 1891/92**; von Dr. Kimpen in Neunkirchen. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. VI. Suppl.-Heft p. 156. 1893.)

Seit September 1891 herrschte in Ottweiler der Abdominaltyphus in grosser Ausdehnung. K. stellte fest, dass fast alle Erkrankten das Wasser der 6 Laufbrunnen benutzt hatten, die von der Neumünsterschen Wasserleitung gespeist wurden, und dass in einem Hause in Neumünster schon seit Anfang September Typhus herrschte. Die Dejektionen der Kranken waren undesinficirt auf die Dungstätte und in den Abort geworfen worden, und die Abwässer von dort flossen in gerader Richtung und mit starkem Gefälle nach der 100 m abwärts gelegenen Brunnenstube der Wasserleitung, die eine gegen das Haus zu gerichtete Oeffnung hatte. Auch die Leitungsrohre waren defekt und konnten Keime aufgenommen haben, wie denn das Wasser schon seit Jahren zu der Zeit, wenn Gärten und Wiesen zu Neumünster gedüngt wurden, nach Jauche geschmeckt hatte. Chemisch war es unverdächtig, Typhusbacillen wurden nicht darin gefunden, dagegen entwickelten sich aus 1 ccm Wasser der 6 Laufbrunnen 450—1100 Keime. An seiner ätiologischen Bedeutung konnte bei Berücksichtigung des explosiven Auftretens der Epidemie und ihrer Vertheilung um die 6 Laufbrunnen, während in den von den 3 anderen Wasserleitungen versorgten Theilen der Stadt kaum Typhusfälle vorkamen, nicht gezweifelt werden. Auch der Einfluss der Schliessung der Neumünsterschen Leitung sprach dafür: bis zum Zeitpunkt von 3 Wochen danach (= Incubationstadium) kamen unter den 5028 Einwohnern 316 Erkrankungen vor, später nur noch 37, und nur in Häusern, in denen bereits Typhus herrschte. Die Zahl der Todesfälle betrug 30 = 8.5%. Woltemas (Diepholz).

352. **Die Ruhr in Tilsit 1893**; von Dr. Wolffberg. (Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XIII. 3 u. 4. p. 84. 1894.)

In Tilsit kamen im Juli 1893 vereinzelte Ruhrfälle vor, in der dortigen Dragonerkaserne entstand eine Epidemie, die wieder Veranlassung zu zahlreichen Krankheitsherden in der Stadt gab, anfangs in der näheren Umgebung der Kaserne, später auch in den angrenzenden Strassen. Vom Dragoner-Regiment erkrankten 109, aus der Civilbevölkerung 180 mit 22 Todesfällen = 12.2%. Von den Gestorbenen waren 5 Gefangene, die übrigen fast ausschliesslich Kinder und ältere Leute. Aus Ruhrherden der Stadt kam es auch zu Verschleppung auf's Land, doch bildete sich nur in einem Dorf eine erhebliche Verbreitung aus. Ein Einfluss des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Trink- und Gebrauchwassers auf die Verbreitung war in grösserem Umfang nicht anzunehmen, die Hauptrolle spielte Ansteckung durch den menschlichen Verkehr, die Ansteckungsfähigkeit erschien weit erheblicher als etwa die des Abdominaltyphus.

Woltemas (Diepholz).

353. **Zur Casuistik der typischen Radiusfrakturen und der durch sie bedingten Erwerbsunfähigkeit**; von Dr. Golebiewski. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. VII. 1. p. 122. 1894.)

Eine sehr dankenswerthe Monographie über 70 Fälle, mit einer durchschnittlichen Beobachtungsdauer von 2 Jahren 5 Monaten. Alle betrafen Unfallverletzte, und wurden von G. erst nach der 13. Woche beobachtet, nur 22 der Kranken hatten vor diesem Zeitraum schon wieder gearbeitet. Die ganze Behandlungsdauer, vom Unfallstage an gerechnet, betrug im Durchschnitt $7^3/_4$ Mon., mindestens 48 Kr. hatten dauernde Schäden zurückbehalten, ein sehr ungünstiges Resultat, aus dem man aber keine Schlüsse auf das Verhältniss der ungünstigen zu den günstigen Fällen ziehen kann, da die Zahl der bei den Berufsgenossenschaften überhaupt vorgekommenen Fälle von Radiusfraktur nicht bekannt war. 7mal wurde die Verletzung als einfache „Verstauchung" ohne jeden Fixationsverband behandelt, 43mal mit sofortiger Anlegung des Gipsverbandes, der in 23 Fällen gar nicht gewechselt wurde, und mehrfach 4—7 Wochen lang liegen blieb. Die *Schienenverbände* wurden durchschnittlich häufiger gewechselt, in einigen Fällen aber auch nicht. 2mal wurde die Difformität durch brisement forcé zu beseitigen gesucht, mit ungünstigem Erfolge. Nach Abnahme des Verbandes wurde durchweg massirt.

Das *Resultat der Behandlung* bis zur 13. Woche war 32mal ungünstig, d. h. mit starker Difformität und starker Funktionstörung, 38mal relativ günstig. Die Symptome waren Schmerzen im Handgelenk bei Bewegungen und bei Witterungswechsel, Anschwellungen, mangelhafter Schluss der Finger, Kraftlosigkeit der Hand und des ganzen Armes, Beschränkung der Bewegungen, besonders der Pro- und Supination. 2mal bestand abnorme Beweglichkeit wohl nach Zerreissung der Gelenkkapsel, mit starker Schmerzhaftigkeit und mit Crepitation der Beugesehnen; letztere Erscheinung als Rest complicirender Sehnenscheidenentzündung findet sich vielfach. 2mal bestand Dupuytren'sche Lähmung. Oft fand sich eine Vertiefung in der unteren Hälfte des Vorderarmes, als Folge von Verlagerung von Muskeln, besonders des Supinator longus, dessen Sehne mit dem abgebrochenen Endstückchen des Radius ulnarwärts geht. Muskelatrophie am Vorderarm bestand immer, zum Theil auch am Oberarm. Funktionstörungen bestanden auch bei anscheinend gut geheilten Frakturen mit kaum merklicher Deformität. Durch Heilgymnastik, Massage, Elektricität u. s. w., liess sich vielfach Besserung erzielen, 24 Kr. mussten aber ihre frühere Beschäftigung aufgeben, darunter Maurer, die das Dröhnen in dem Handgelenk beim Behauen des Steines nicht vertrugen, nicht auf die Dauer die Kelle führen oder mit beiden Armen Rüststangen hochbringen konnten, Zimmerleute, die Kraft und Geschicklichkeit verloren hatten, z. B. bei linker Fraktur die Nägel beim Einschlagen nicht mit den Fingern der linken Hand festhalten konnten u. s. w. Auch die übrigen mussten meist bei geringerem Lohn leichte Arbeiten verrichten. Der Grad der *Erwerbsunfähigkeit* war demgemäss zum Theil ein recht hoher, 4mal 60—70%; 5mal 40—60%; in den leichtesten Fällen 10%.

G. kommt zu dem Schluss, dass etwa 40 bis 45 der Frakturen früher und besser hätten geheilt werden können, und verlangt mit Recht vor Allem eine einheitlichere Behandlung, nicht eine solche durch 2—4 verschiedene Aerzte, wie sie Unfallverletzte oft haben, und ein frühzeitiges Eingreifen der Berufsgenossenschaften.

Woltemas (Diepholz).

354. **Gerichtsärztliche Beurtheilung von Gehirnabscessen**; von Dr. Arthur Hesse. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. VII. 1. p. 44. 1894.)

Im Anschluss an die Anschauungen v. Bergmann's werden als Aetiologie nur Kopftraumen, Eiterungen am Schädel, besonders im Ohr, Metastasen aus anderen Organen und Tuberkulose anerkannt. Bei der Obduktion ist besonders das Alter des Abscesses (Membran, Verfettung) zu berücksichtigen. Die Diagnose am Lebenden ist oft schwierig und bei Verdacht auf Hirnabscess nach Kopfverletzung muss ein endgültiges Urtheil im Gutachten häufig vorläufig abgelehnt werden. Bei altem Abscess, etwa nach Ohreiterung, kann eine klinisch leichte Kopfverletzung zum Tode führen, die Einwirkung der eigenthümlichen Leibesbeschaffenheit ist dann im Gutachten eingehend zu erörtern. Finden sich neben Hirnabscess Erkrankungen anderer Organe, so ist zu entscheiden, ob der Hirnabscess sekundär durch Metastase oder gleichzeitig traumatisch entstanden ist oder ob er selbst das primäre Leiden darstellt. Bei Hirnabscess nach Erkrankung des Ohres kann auch letztere durch frühere Verletzung entstanden sein und bei der Anamnese ist hierauf Rücksicht zu nehmen.

Woltemas (Diepholz).

355. **Ausgedehnte Gehirnruptur ohne Schädelknochenfraktur**; von Prof. Zaaijer in Leiden. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. VI. 2. p. 238. 1893.)

Die Ruptur verlief fast durch die ganze Länge der linken Hemisphäre, lateral am Streifen- und am Sehhügel. Z. nimmt zur Erklärung solcher Rupturen bei intaktem Schädel an, dass durch die Wiederausdehnung des letzteren nach Aufhören einer comprimirenden Einwirkung ein negativer Druck in der Schädelhöhle entsteht; da die in den Rückgratskanal getriebene Cerebrospinalflüssigkeit nicht schnell genug zurückkehrt, erfolgt die Ruptur, die zum Theil auch durch die direkte Gewalteinwirkung vorbereitet wird. Woltemas (Diepholz).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

B. Originalabhandlungen
und
Uebersichten.

V. Ueber Diabetes mellitus.[1])

Von Dr. O. Hezel in Crefeld.

Literatur.

1) Kirstein, A., Ueber Coma diabeticum. Deutsche med. Wchnschr. XV. 44. 1889.

2) Luther, Ernst, Methoden der Untersuchung des Harns auf Zucker u. über das Vorkommen von Kohlehydraten im normalen Harn. Berlin 1890.

3) Mayer, J., Zur Symptomatologie u. Therapie des Diabetes mellitus. Deutsche med. Wchnschr. XVI. 22 u. 23. 1890.

4) Albertoni, Manière de se comporter des sucres et leur action dans l'organisme. Arch. ital. de Biol. XV. 2. p. 321. 1891.

5) Thiroloix, J., Diabète pancréatique. Bull. de la Soc. anat. LXVI. 20. p. 583. 1891.

6) Arthus, M., Glycolyse dans le sang et ferment glycolytique. Arch. de Physiol. norm. et pathol. XXIII. 3. p. 425. 1891.

7) Dastre, A., L'analyse du sucre dans le sang. Ibid. 3. p. 533. 1891.

8) Hédon, E., Exstirpation du pancréas. Ibid. 4. p. 788. 1891.

9) Dastre, A., De la formation du sucre dans l'organisme, sous l'influence du défaut d'oxygène. Ibid. 4. p. 820. 1891.

10) Langendorff, O., Zur Erklärung des Curare-Diabetes. Arch. f. Anat. u. Physiol. 5 u. 6. p. 476. 1891.

11) Sauer, Karl, Ueber den sogen. Curarediabetes u. d. angebliche Schutzwirkung d. Leber gegen dieses Gift. Arch. f. d. ges. Physiol. XLIX. 7. 8. 9. p. 423. 1891.

12) Lépine, R., Sur la pathogénie du diabète consécutif à l'exstirpation du pancréas. Arch. de Méd. expérim. etc. III. 2. p. 222. 1891.

13) Hédon, E., Contribution à l'étude des fonctions du pancréas; diabète expérimentale. Ibid. III. 3. 4. p. 341. 526. 1891.

14a) Lépine, R., Sur la pathogénie du diabète. Lyon méd. XXIII. 4. p. 117. 1891.

14b) Lépine, R., Pathogénie du diabète. Ibid. XXIII. 43. p. 249. 1891.

15) Boix, E., Les diabétiques; les gras et les maigres; diabète constitutionel; diabète pancréatique. Gaz. de Par. LXII. 35. 1891.

16) Leva, Johann, Klin. Beiträge zur Lehre des Diabetes mellitus. Deutsches Arch. f. klin. Med. XLVIII. 1 u. 2. p. 151. 1891.

17) Leo, Hans, Ueber den respirator. Stoffwechsel bei Diabetes mellitus. Ztschr. f. klin. Med. XIX. Suppl.-Heft p. 101. 1891.

18) Heidenhain, L., Ueber die Behandlung der senilen Gangrän der unteren Extremitäten, insbesondere bei Diabetikern. Deutsche med. Wchnschr. XVII. 39. 1891.

19) Koettnitz, A., Ein Fall von Coma diabeticum, behandelt nach *Stadelmann's* Vorschlag. Deutsche med. Wchnschr. XVII. 49. 1891.

20) De Dominicis, Noch einmal über Diabetes pancreaticus. Münchn. med. Wchnschr. XXXVIII. 41. 42. 1891.

21) Seggel, Die Erkrankungen des Auges bei Diabetes mellitus. Ebenda 43. 1891.

22) Posner, C., u. H. Epenstein, Studien zum Diabetes. II. Ueber die Intensität d. Zuckerausscheidung im Diabetes. Berl. klin. Wchnschr. XXVIII. 26. 1891.

23) Posner, C., u. H. Epenstein, Studien zum Diabetes. III. Ueber die Wirkung des Syzygium jambolanum. Ebenda 38. 1891.

24) Flesch, M., Zur Aetiologie des Diabetes mellitus. Ebenda 40. 1891.

25) Pal, J., Beitrag zur Kenntniss der Pankreasfunktion. Wien. klin. Wchnschr. IV. 4. 1891.

26) Kraus, Fr., u. H. Ludwig, Klin. Beiträge zur alimentären Glykosurie. Ebenda 46. 48. 1891.

27) Havelburg, J., Eine Modifikation der Phenylhydrazinprobe auf Zucker. Centr.-Bl. f. klin. Med. XII. 5. 1891.

28) Minkowski, O., Zur Lehre von der Fettsäureresorption. Ebenda 5. 1891.

29) Sandmeyer, W., Ueber die Folgen der Pankreasexstirpation beim Hund. Ztschr. f. Biol. XXIX. 1. p. 86. 1892.

30) Voit, Fritz, Ueber den Stoffwechsel bei Diabetes mellitus. Ebenda 1. p. 129. 1892.

31) Voit, Fritz, Ueber das Verhalten der Galaktose beim Diabetiker. Ebenda 1. p. 147. 1892.

32) Lustig, A., et R. Oddi, Sur quelques récentes recherches touchant l'acétonurie et la glycosurie expérimentales. Arch. ital. de Biol. XVII. 1. p. 121. 1892.

33) Sansoni, L., Le ferment glycolytique du sang et la pathogénèse du diabète sucré. Ibid. 1. p. 130. 1892.

34) Capparelli, A., Sur la fonction du pancréas et sur le diabète pancréatique. Ibid. XVIII. 2. p. 240. 1892.

35) Hédon, E., Greffe sous-cutanée du pancréas. Son importance dans l'étude du diabète pancréatique. Arch. de Physiol. norm. et pathol. XXIII. 4. p. 617. 1892.

36) Thiroloix, J., Diabète bulbaire. Bull. de la Soc. anat. LXVII. 9. p. 277. 1892.

37) Lépine, R., Des relations existant entre le diabète et les lésions du pancréas. Revue de Méd. XII. 5. 6. p. 402. 481. 1892.

38) Roque, Devie et Hugounenq, Du coma diabétique. Ibid. 12. p. 995. 1892.

39) Hanriot, De la nutrition chez les diabétiques. Semaine méd. XII. 10. p. 74. 1892.

40) Thiroloix, J., Diabète bulbaire. Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. XXXIX. 16. 1892.

41) Lafitte, J. B., Le diabète pancréatique et les recherches expérimentales. Gaz. des Hôp. LXV. 1. 1892.

42) Jacquet, L., Diabète maigre chez un adolescent. Ibid. 75. 1892.

43) Beugnies-Corbeau, Note sur un cas de diabète glyco-sulfocyanurique. Gaz. de Par. LXIII. 3, 1892.

[1]) Vgl. Jahrbb. CCXLI. p. 92.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

44) Barbier, H., Des récentes recherches sur l'origine pancréatique du diabète. Ibid. 26. 27. 1892.

45) Hédon, E., Greffe sous-cutanée du pancréas; ses résultats au point de vue de la théorie du diabète pancréatique. Ibid. 33. 1892.

46) Lépine, R., Diabète maigre avec intégrité du pancréas; ferment glycolytique et ferments saccharifiants dans le diabète. Lyon méd. XXIV. 52. p. 591. 1892.

47) Harley, Vaughan, Experimental pathological evidence proving the existence of pancreatic diabetes. Journ. of Anat. and Physiol. norm. and Pathol. XXVI. p. 204. 1892.

48) Williamson, R. T., Some points in the etiology and pathology of diabetes mellitus. Lancet II. 2; July 9. 1892.

49) Harley, Vaughan, Two cases of pancreatic diabetes. Brit. med. Journ. Jan. 2. 1892.

50) Johnson, George, On some sources of error in testing for sugar in the urine. Ibid. April 9. 1892.

51) Watkins-Pitchford, A case of rapidly fatal diabetes mellitus in a boy aged 10. Ibid. May 28. 1892.

52) Sieveking, Edward, On the specific gravity of the urine in diabetes mellitus. Ibid. Sept. 17. 1892.

53) Roberts, Arthur, The specific gravity of the urine in diabetes mellitus. Ibid. Oct. 8. 1892.

54) Anderson, A., On the specific gravity of the urine in diabetes mellitus. Ibid. Dec. 24. 1892.

55) Born, Ein Fall von Coma diabeticum bei einer Schwangeren. Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXII. 11. 1892.

56) Salkowski u. Jastrowitz, Ueber eine bisher nicht beobachtete Zuckerart im Harn. Centr.-Bl. f. d. med. Wissensch. Nr. 19. 1892.

57) Ebstein, Vorläufige Mittheilung über d. Verhalten der Pentalglykosen im Organismus. Ebenda Nr. 31. 1892.

58) Seegen, J., Ueber die Umsetzung von Zucker im Blut. Centr.-Bl. f. Physiol. V. 25. 26. 1892.

59) Gerlach, W., Zwei mit Syzygium Jambolanum behandelte Fälle von Diabetes mellitus. Petersb. med. Wchnschr. XVII. 19. 1892.

60) Jaksch, R. v., Ueber transitorische, alimentäre u. dauernde Glykosurie u. ihre Beziehungen zum Diabetes, nebst Bemerkungen über den Nachweis von Kohlehydraten im Harn. Prag. med. Wchnschr. XVII. 30—33. 1892.

61) Lenné, Zur Aetiologie u. Therapie des Diabetes mellitus. Münchn. med. Wchnschr. XXXIX. 34. 1892.

62) Schütz, Weitere Mittheilungen über das Araeo-Saccharimeter. Ebenda 35. 1892.

63) Hildebrandt, H., Zur Wirkungsweise des Syzygium Jambolanum beim Diabetes mellitus. Berl. klin. Wchnschr. XXIX. 1. 1892.

64) De Renzi u. Reale, Ueber den Diabetes mellitus nach Exstirpation des Pankreas. Ebenda 23. 1892.

65) Minkowski, O., Ueber den Diabetes mellitus nach Exstirpation des Pankreas. Ebenda 26. 1892.

66) Minkowski, O., Weitere Mittheilungen über den Diabetes mellitus nach Exstirpation des Pankreas. Ebenda 5. 1892.

67) Ebstein, W., Zur Lehre vom traumatischen Diabetes mellitus. Ebenda 42. 43. 1892.

68) Seegen, J., Ueber die Bedeutung u. über den Nachweis von kleinen Mengen Zucker im Harn. Wien. klin. Wchnschr. V. 6. 7. 8. 1892.

69) Piatkowski, Marian, Ueber die therapeutische Wirkung des Benzosols bei der Zuckerharnruhr. Ebenda 51. 1892.

70) Rosenbach, O., Eine Reaktion auf Traubenzucker. Centr.-Bl. f. klin. Med. XIII. 13. 1892.

71) Leo, H., Ueber die *Ebstein*'sche Theorie des Diabetes mellitus. Ebenda 25. 1892.

72) Kolisch, R., Experimenteller Beitrag zur Lehre von der alimentären Glykosurie. Ebenda 35. 1892.

73) Ebstein, W., Zur Ernährung der Zuckerkranken. Verhandl. des Congresses f. innere Medicin. XI. Congress 1892.

74) Minkowski, O., Weitere Mittheilungen über den Diabetes mellitus nach Pankreasexstirpation. Ebenda.

75) Leo, H., Ueber die eiweisssparende Wirkung der Kohlehydratnahrung bei Diabetes mellitus. Ebenda.

76) Weil, Rud., Weitere Erfolge mit Heidelbeerkraut gegen Diabetes mellitus. Bl. f. klin. Hydrotherapie Nr. 11. 1892.

77) Ebstein, W., Zur Ernährung der Zuckerkranken. Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 19. 1892.

78) Hirschfeld, F., Zur Diagnose des Diabetes. Ebenda 47. 1892.

79) Schmitz, Richard, Prognose u. Therapie der Zuckerkrankheit. Bonn 1892.

80) Ebstein, W., Ueber die Lebensweise der Zuckerkranken. Wiesbaden 1892.

81) Beuner, R., Ueber die Wirkung des Syzygium Jambolanum bei Diabetes mellitus. Inaug.-Diss.

82) Senator, H., Ueber Pneumaturie im allgemeinen u. bei Diabetes mellitus. Intern. Beitr. z. wissenschaftl. Med. III. 1892.

83) Minkowski, O., Untersuchungen über den Diabetes mellitus nach Exstirpation des Pankreas. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXI. 2 u. 3. p. 85. 1893.

84) Leo, H., Ueber die Stickstoffausscheidung der Diabetiker bei Kohlehydratzufuhr. Ztschr. f. klin. Med. XXII. 3. p. 225. 1893.

85) Destrée, Traitement du diabète. Journ. de Méd., de Chir. et de Pharmacol. LI. 17. p. 257. 1893.

86) Freyhan, Diabète dans deux cas de lithiase pancréatique. Mercredi méd. 7. 1893.

87) Chauveau et Kaufmann, Sur la pathogénie du diabète. Rôle de la dépense et de la production de la glycose dans les déviations de la fonction glycémique. Gaz. de Par. XXXIV. 7. 1893.

88) Palma, P., Zwei Fälle von Diabetes mellitus u. Lebercirrhose. Berl. klin. Wchnschr. XXIX. 34. 1893.

89) Bloch, G., Ueber alimentäre Glykosurie. Ztschr. f. klin. Med. XXII. 4 u. 5. 1893.

90) Chauffard, Les petits accidents nerveux du diabète sucré. Semaine méd. XIII. 10. 1893.

91) Vergely, P., Des troubles de la sensibilité aux membres inférieurs chez les diabétiques. De la dissociation syringomyélique de la sensibilité chez les diabétiques. Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. XL. 32. 1893.

92) Lecorché, Traitement du diabète sucré. Gaz. des Hôp. 81. 1893.

93) Chéron, P., Les régimes alimentaires dans le diabète. Ibid. 132. 1893.

94) Nicolaier, A., Ueber die Behandlung des Diabetes mellitus mit Salol. Therap. Monatsh. VII. 3. 1893.

95) Battistini, F., Ueber 2 Fälle von Diabetes mellitus mit Pankreassaft behandelt. Ebenda 10. 1893.

96) Ebstein, W., Vorschriften zur Herstellung eiweissreichen Brotes im eigenen Hause. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 18. 1893.

97) Kisch, E. H., Ueber Oxalsäureausscheidung bei Diabetes mellitus. Ebenda 28. 1893.

98) Lins, Josef, Ueber die Behandlung zweier Fälle von Diabetes mellitus mit Benzosol. Wiener klin. Wchnschr. VI. 23. 1893.

99) Thiroloix, J., Note sur la physiologie du pancréas. Arch. de Physiol. norm. et pathol. XXIV. 4. p. 716. 1892.

1) *Resorption des Zuckers und Wirkung desselben auf den Organismus.*

Albertoni (4) stellte an Hunden Versuche über die Resorptionsverhältnisse der verschiedenen Zuckerarten an. Die bisher von anderen aus-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

geführten Versuche geben einerseits keinen Aufschluss über die Mengenverhältnisse und die Grenzwerthe, andererseits sind sie unter nicht normalen Bedingungen vorgenommen worden. A. gab den Hunden nach 24stündigem Fasten Lösungen der Zuckerarten und tödtete sie 1—3 Std. danach durch Lufteinblasungen in eine Vene, fing den Inhalt von Magen und Dünndarm getrennt auf und bestimmte dessen Gehalt an Zucker.

Es zeigte sich, dass die Resorption in der ersten Stunde am grössten ist, dann beträchtlich abnimmt. Von 83.33 g eingebrachter Glykose z. B. fanden sich nach der ersten Stunde nur noch 29.0 g in der Magenflüssigkeit, nach 3 Std. noch 13.208 g. Für Maltose und Saccharose ist das Resorptionsvermögen grösser als für Glykose, es beträgt von 100 g eingebrachter Substanz ungefähr 70 g für die erste Stunde. Die Dichtigkeit der Zuckerlösungen hat keinen grossen Einfluss auf ihre Resorption. Zwischen der Zuckermenge und der Wassermenge, welche aus dem Magen verschwindet, besteht kein bestimmtes Verhältniss.

Anders als die bisher genannten Zuckerarten verhält sich der Milchzucker; er wird in relativ geringeren Mengen resorbirt, besonders aus Lösungen, welche dichter sind als das Blut. Von 100 g werden in der ersten Stunde nur 20—40 g resorbirt, und bemerkenswerther Weise enthalten Magen und Darm nach der ersten Stunde mehr Flüssigkeit als vorher, ehe die Milchzuckerlösung eingebracht worden war, namentlich, wenn diese concentrirt war. Diese Thatsache erklärt die leicht abführende Wirkung des Milchzuckers. In sehr verdünnten Lösungen, wie z. B. in der Milch, wird er sehr leicht resorbirt.

Weiter untersuchte A. den Einfluss der Zuckerarten auf den Blutdruck. Schon früher hatte er gefunden, dass Injektion von Glykose und Saccharose in die Blutbahn den Blutdruck steigerte. Er konnte dieselbe Wirkung jetzt auch bez. der Maltose feststellen und schliesst aus seinen Versuchen, dass diese Wirkung von einer Vermehrung des Umfanges der Herzsystole herrührt, nicht von der Vermehrung des Blutvolumen, welche die Injektion in die Blutbahn hervorruft, da diese schon nach Injektion von ganz kleinen Mengen zu Stande kommt. Bei einem 5 kg schweren Hunde erhöhten 45 g Zucker den Blutdruck von 145 auf 180 mm Hg. Die Wirkung tritt unmittelbar nach der Injektion ein und dauert so lange an, als noch Zucker im Blute vorhanden ist. Gleichzeitig mit dem Blutdruck hebt sich auch die Pulsfrequenz um 20 bis 40 Schläge pro Minute. Beim Menschen erhöht der Genuss von 100 g Zucker den Puls um 4 bis 8 Schläge. Mit Hülfe des Onkometers von *Roy* untersuchte A. an der Niere des Hundes den Einfluss des Zuckers auf die Gefässe und die Geschwindigkeit des Blutstromes und konnte eine erhebliche Erweiterung der Gefässe und Zunahme der Geschwindigkeit feststellen. Etwas anders als Glykose, Saccharose und Maltose verhalten sich Laktose und Lävulose. Der Blutdruck steigt durch sie ebenfalls an, die Pulsfrequenz dagegen sinkt; das Onkometer zeigt auch eine Gefässerweiterung an, aber von geringerer Intensität. Auch wenn die Vagi am Halse durchschnitten sind, sinkt die Pulsfrequenz; Reizung der Vagi kann also nicht die Ursache sein. Lähmt man vor der Zuckerinjektion den Hemmungsapparat des Herzens durch Atropin, so tritt nur die Blutdrucksteigerung ein, nicht aber die Herabsetzung der Pulsfrequenz; diese scheint also von den herzhemmenden Apparaten abzuhängen, während man die Blutdrucksteigerung auf eine direkte Wirkung des Zuckers auf das Herz zurückführen muss.

Weitere Wirkungen der Injektion von Zucker in die Blutbahn sind, wie schon Richet und Moutard-Martin gezeigt haben, Glykosurie und Polyurie. Dauer und Intensität der Polyurie schwanken mit den Mengen des injicirten Zuckers. Polyurie und Glykosurie treten auch auf, wenn das verlängerte Mark unterhalb des Calamus scriptorius durchschnitten ist. Die Erweiterung der Nierengefässe und die Beschleunigung des Blutstromes in ihnen scheint die Ursache der Polyurie zu sein, vielleicht auch die Vermehrung des Wassergehaltes, die im Blute dadurch zu Stande kommt, dass ein grosser Theil des injicirten Zuckers in die Gewebe diffundirt und aus diesen erhebliche Mengen von Wasser in das Blut übergehen. Die diuretische Wirkung der Lävulose ist viel geringer als die der anderen Zuckerarten.

Wie Budde beobachtet hat, findet auch eine Temperatursteigerung nach der Injektion von Glykose in die Blutbahn statt. Diese ist aber nicht, wie Budde will, der Verbrennung des eingeführten Zuckers zuzuschreiben, denn sie tritt auch nach Injektion vieler anderen Substanzen ein und bleibt aus, wenn Zucker per os aufgenommen wird.

Morphium und Chloral verhindern die Wirkung des Zuckers auf Blutdruck und Pulsfrequenz, Morphium in gewissen Grenzen auch die Wirkung des Zuckers auf die Diurese.

2) *Bestimmung des Zuckers im Blute.*

Auf Grund einer sorgfältigen Prüfung der zur Bestimmung des Zuckers im Blute gebräuchlichen Methoden kommt Dastre (7) zu dem Resultate, dass die Wägemethode mit der Modifikation von Aimé Girard und die Entfärbungsmethode mit der Modifikation von Chausso die genauesten sind. Die Beschreibung der Methoden muss im Originale nachgelesen werden. Des Weiteren hat er gefunden, dass es gar nicht nöthig sei, die zuckerhaltigen Flüssigkeiten zuvor von den Eiweisssubstanzen zu befreien; letztere müssen nur in Lösung gehalten werden, was durch Zusatz von Kali leicht geschieht. Dieser Kalizusatz hat nur bei der Anwendung der Entfärbungsmethode den Einfluss, dass der Farbenumschlag von Blau in's Farblose stattfindet, während sonst das Blau in Gelb übergeht.

Salzlösungen in den Concentrationen, wie sie zum Auffangen des Blutes benutzt werden, haben keinen schädigenden Einfluss auf die Bestimmung des Zuckers, desgleichen schadet die Gegenwart von Ammoniak nicht.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Wichtig ist es ferner, sich darüber zu versichern, dass das Blut keine anderen Zuckerarten als Glykose, Maltose, Laktose und Galaktose enthält, und sich durch vorherige Titration der Kupferlösung mit reinem krystallisirten Traubenzucker über den absoluten Werth seiner Bestimmung Rechenschaft zu geben. Bei Beobachtung aller dieser Regeln hängen die Resultate der Bestimmungen nur noch von der Methode der Erschöpfung des Blutes ab. In der unregelmässigen und ungenügenden Erschöpfung liegen überhaupt die grössten und hauptsächlichsten Fehlerquellen. Man kann je nach dem Verfahren 2—80% Zucker im Blute zurücklassen. Die Ursache davon ist die Coagulation der Eiweisskörper, welche den Zucker mechanisch zurückhalten und durch noch so häufiges Auswaschen nicht ganz davon befreit werden können. Diese Fehlerquelle wird am besten vermieden, wenn man die Erschöpfung durch Alkohol bewirkt, weil dieser eine äusserst feinflockige Coagulation der Eiweisskörper erzeugt, die den Zucker nicht in gar zu grossem Maasse mechanisch zurückhält.

3) *Zuckerzerstörung im Blute und glykolytisches Ferment.*

Wie schon Cl. Bernard beobachtet hatte, verschwindet der im Blute enthaltene Zucker bald, wenn das Blut aus der Cirkulation genommen wird.

Seegen (58) konnte feststellen, dass dieses Verschwinden des Blutzuckers um so langsamer vor sich geht, je niedriger die Temperatur ist, auf welcher das Blut gehalten wird; z. B. enthielt frisches Blut von 0.158% Zuckergehalt nach 24 Std. bei Zimmertemperatur 0.106% Zucker, auf Eis jedoch noch nach 4 Tagen 0.110%. Zusatz von Chloroform zum Blute hinderte das Verschwinden des Zuckers in keiner Weise, woraus S. schliesst, dass diese Zuckerzerstörung keine Funktion des lebenden Blutes ist, da das Chloroform als Protoplasmagift diese Funktion aufheben müsste. Lépine hatte gefunden, dass die Zuckerzerstörung ausbleibt, wenn das Blut einer Temperatur von 54.5° ausgesetzt wurde, dass sie aber unterhalb dieser Temperatur immer von statten geht. Er schloss daraus auf ein im Blute enthaltenes Ferment, welches durch die Temperatur von 54.5° unwirksam gemacht wird, und nannte es glykolytisches Ferment. S. zeigte nun, dass Blut, welches 1 Std. lang auf der Temperatur von 54.5° gehalten worden ist, doch eine wesentliche Zuckerabnahme erfährt, wenn es nachträglich 3—6 Std. lang bei 39° gehalten wird. Er verwirft deshalb die Lépine'sche Annahme eines im Blute enthaltenen Fermentes und hält die Zuckerzerstörung im Blute für einen postmortalen Vorgang.

Zu einem ähnlichen Schluss gelangt Arthus (6) auf Grund seiner Untersuchungen. Er stellte zunächst fest, dass der Blutzucker auch dann aus dem Blute verschwindet, wenn dieses auf das Sorgsamste vor dem Einfluss der Mikroorganismen der Luft bewahrt wird, so dass also diese nicht die Ursache des Vorgangs sind. Auch in Lebenseigenschaften der rothen Blutkörperchen kann die Ursache nicht gesucht werden, da durch Wasserzusatz lackfarben gemachtes Blut auch seinen Zucker verliert.

A. nimmt ebenso, wie Lépine, einen fermentativen Vorgang an, bestreitet aber, dass das Ferment im Blute vorgebildet sei, da es sich nicht, wie z. B. Pepsin oder das diastatische Ferment des Speichels, in den Transsudaten nachweisen lässt und da in der doppelt abgebundenen und auf 40° erwärmten Vena jugularis des Pferdes der Zucker nicht aus dem Blute verschwindet. Er erklärt die Zuckerzerstörung vielmehr als eine Leichenerscheinung analog der Gerinnung, dergestalt, dass sich im abgestorbenen Blute ein zuckerzerstörendes Ferment bildet. Die Analogie mit der Gerinnung findet er darin, dass die Glykolyse, ebenso wie die Gerinnung durch Wasserzusatz von einem gewissen Verhältniss begünstigt wird, und ferner in dem gleichen Verhalten des in der abgebundenen Vena jugularis gehaltenen Blutes in Bezug auf Gerinnung und Zuckerzerstörung. Da in dem von den Körperchen getrennten Plasma keine Glykolyse stattfindet und da, wie schon erwähnt, die rothen Körperchen auch nicht die Ursache sind, so nimmt A. an, dass sich das Ferment beim Zerfall der anderen körperlichen Elemente des Blutes bildet.

Sansoni (33) bekämpft die Lépine'sche Theorie vom glykolytischen Ferment, weil er bei seinen Untersuchungen weder zwischen normalem und Diabetikerblut die von Lépine gefundenen Unterschiede in Bezug auf die glykolytische Kraft nachweisen konnte, noch auch zwischen 2 Blutproben, von denen die eine in der 8—10fachen Menge fast kochenden Wassers aufgefangen, die andere 1 Std. lang bei 39° gehalten wurde. Er bezieht die abweichenden Resultate Lépine's auf die Ungenauigkeit der von diesem zur Zuckerbestimmung angewendeten Methode und auf den Einfluss der aus der Luft stammenden geformten Fermente, die nach ihm die Hauptrolle bei der Zuckerzerstörung im Blute ausserhalb des Gefässsystems spielen.

Lépine (12. 14. 37. 46) hält gegen alle gemachten Einwände seine Behauptung aufrecht, dass das glykolytische Ferment im lebenden Körper gebildet werde und die Zuckerzerstörung im Blute ausserhalb des Gefässes keine Leichenerscheinung sei, sondern von dem schon im lebenden Blute enthaltenen Ferment verursacht, und dass dieses Ferment hauptsächlich vom Pankreas geliefert werde. Als wichtige Stützen dieser Behauptung führt er an, dass die glykolytische Kraft des Blutes von Hunden, denen das Pankreas exstirpirt ist, geringer sei als die des Blutes normaler Hunde, ferner dass die glykolytische Kraft des Blutes der Pankreasvene grösser sei, als die des Blutes der Milzvene, und dass die glykolytische Kraft des Blutes wächst, wenn man die Pankreaszellen reizt durch einen im Ductus Wirsungianus erzeugten Gegendruck (mit Hülfe einer in den Ductus eingebundenen Kanüle, die mit einer unter Druck stehenden Flüssigkeit gefüllt ist). Beim Austritt aus dem Pankreas soll das Ferment von den weissen Blutkörperchen auf-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

genommen werden. Beweis dafür sei, dass der Chylus, der keine rothen Körperchen enthält, eine höhere glykolytische Kraft besitze, als das Blut. L. glaubt, dass es ausser dem Pankreas auch noch andere Quellen des Fermentes giebt, und sucht diese im Darmtractus und in den Speicheldrüsen, sagt aber, dass sie beim Menschen weniger ausgiebig seien als beim Hunde.

4) *Alimentäre Glykosurie.*

Es giebt eine physiologische und eine pathologische alimentäre Glykosurie. Wenn der Genuss von 200—250 g Traubenzucker zu Glykosurie führt, so dürfte dies schon als pathologisch aufzufassen sein. v. Jaksch (60. 89) hat an 51 verschiedenen Kranken Versuche über das Vorkommen von alimentärer Glykosurie angestellt, indem er ihnen 100 g chemisch reinen Traubenzuckers gab. Bei Leukämie, Anämie, Nephritis und Tuberkulose konnte keine Glykosurie festgestellt werden, das Gleiche gilt für 8 Fälle von Lebererkrankungen (Stauungsleber, Amyloidleber, atrophische und hypertrophische Cirrhose). Andere Beobachter haben gerade bei der Lebercirrhose häufig dieses Symptom gefunden. Unter 25 Nervenkranken zeigten sich bei 4 quantitativ nachweisbare Zuckermengen im Harn. Die alimentäre Glykosurie scheint nach v. J. vorwiegend bei diffusen Hirnerkrankungen vorzukommen, und er weist diesen auch in der Aetiologie des Diabetes eine nicht zu unterschätzende Rolle zu im Gegensatz zu Denen, die nur dem Pankreas ihre Aufmerksamkeit zuwenden.

Kraus (26), der die gleichen Versuche anstellte, wie v. Jaksch, konnte unter 6 Fällen von atrophischer Lebercirrhose 2mal alimentäre Glykosurie hervorrufen. In einem Falle von Lebercirrhose in Folge von Potus und Malaria ging die Glykosurie, die sich bei Gaben von 150—250 g Traubenzucker gezeigt hatte, in die leichte Form des Diabetes über, indem der Harn am Tage nach gemischter Kost 0.5—0.7% Zucker enthielt, während der Nachtharn frei war. Von 4 weiteren Kranken mit Lebercirrhose hatte die Darreichung von 150—200 g Traubenzucker bei zweien die Ausscheidung von Spuren von Zucker zur Folge. Bei Lebercirrhose und Gallensteinkrankheiten, ebenso in einem Falle von Sarkomatose der Leber und bei einem Echinococcus hepatis ergaben sich negative Resultate. Bei der atrophischen Cirrhose scheint das Symptom sehr inconstant zu sein. In einem Falle von Pankreascyste enthielt der Harn nach Gaben von 125 g Dextrose 1.3% Zucker, auch nach der Operation der Cyste bestand das Symptom weiter. Unter 6 Fällen von Morbus Basedowii konnte in 4 Fällen sicher alimentäre Glykosurie nachgewiesen werden. Von anderen Formen der Tachykardie ergab ein Fall von Mitralklappeninsufficienz ein positives Resultat. Eine Hysterica mit Diab. insipidus schied nach Genuss von 150—200 g Traubenzucker 3—5 g davon im Harn aus.

Die an Nervenkranken in grosser Ausdehnung angestellten Versuche ergaben, dass die alimentäre Glykosurie bei Affektionen der Nervencentren ein seltenes Symptom ist. Kr. sucht den Grund hierfür in einer beschleunigten Resorption oder einer mangelhaften Funktion der pathologisch afficirten Assimilationsorgane. Die Versuche, die er an 3 gesunden Individuen anstellte, ergaben, dass nach Gaben von 200 g chemisch reinen Traubenzuckers ganz kleine Mengen im Harn sich wiederfanden, die so gering waren, dass sie durch Polarisation nicht bestimmt werden konnten. Dagegen wurden schon nach 100 g rohen Traubenzuckers, welcher auch stärker rechts drehende Kohlehydrate enthält, Mengen bis zu 1 g im Harn bestimmt.

Experimentell erzeugte Kolisch (72) an Hunden durch Abbinden der Arteria mesaraica superior alimentäre Glykosurie; bei Abbinden der Arteria mesaraica inf. trat sie nicht ein. Die Erklärung dafür sucht K. darin, dass die durch die Abbindung gesetzte Ernährungstörung ein in der Darmwand gelegenes Assimilationsorgan ausser Funktion setze, oder dass eine Beschleunigung der Aufnahme der Kohlehydrate durch den Darm stattfinde, so dass die in 2. Linie stehenden Assimilationsorgane die zugeführten Zuckermengen nicht bewältigen könnten.

5) *Experimentelle Glykosurie und Acetonurie.*

1889 hatte Lustig (32) nach der Exstirpation des Plexus coeliacus bei Hunden und Kaninchen regelmässig Acetonurie beobachtet, nicht selten mit Glykosurie und anderen Stoffwechselstörungen vereint. Auch blose Reizung des Plexus coeliacus mit Essigsäure oder dem elektrischen Strom hatte dieselben Folgen. Peiper, welcher die Versuche wiederholte, fand nur 2mal unter 15 Versuchen Aceton. In 10 weiteren Versuchen konnte L. wieder ausnahmelos Acetonurie nachweisen. Exstirpation der Ganglien des Halssympathicus hatte nie, Exstirpation der Splanchnici und des Plexus aortic. nur vorübergehende und leichte Acetonurie zur Folge. Unter allen Sympathicusverletzungen hatte diejenige des Plexus coeliacus die häufigsten und schwersten Stoffwechselstörungen herbeigeführt. Auch verschiedene, am Centralnervensystem vorgenommene Eingriffe ergaben zeitweilig Glykosurie, vorübergehend Acetonurie, auch Polyurie und Abmagerung. Oddi schliesst aus den Ergebnissen dieser Versuche, dass es keine speciellen trophischen Centren giebt, sondern, dass das Nervensystem als Ganzes einen Einfluss auf die Gewebeernährung ausübt.

6) *Curarediabetes.*

Sauer (11) widerlegt die früher als feststehend angenommene Angabe Cl. Bernard's, dass bei curaresirten Thieren nach einiger Zeit Traubenzucker im Harn auftrete, durch eine Reihe

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

von Thierversuchen, welche zeigen, dass Curare, per os oder per rectum gegeben, selbst in Dosen, welche rasch die typische Lähmung zur Folge haben, keine Glykosurie erzeugt, wenn man sofort nach eingetretener Dyspnöe künstliche Athmung einleitet und bis zum Wiedereintritt der spontanen fortsetzt. Im Gegensatz dazu glaubt Langendorff (10), weil er bei Fröschen, denen er die Lungen exstirpirte, keinen Diabetes fand, dass nicht die Asphyxie die Ursache des Curarediabetes bilde, sondern der durch die Muskellähmung eingeschränkte Zuckerverbrauch. Sauer widerlegt gleichzeitig in seiner Arbeit die von Gaglio ausgesprochene Ansicht, dass der Leber dem Curare gegenüber nach Verabreichung durch den Magen eine schützende Kraft zukomme.

7) *Die Folgen der Exstirpation des Pankreas.*

Die zuerst im Jahre 1889 von v. Mering und Minkowski veröffentlichten Ergebnisse der experimentellen Pankreasexstirpation haben eine grosse Reihe von Forschern zur Wiederholung dieser Versuche angeregt, während Minkowski sie gleichzeitig weiterführte und die Folgen des Experimentes weiterstudirte. Von den französischen Forschern waren es vor Allem Hédon, Lépine, Thiroloix und Lafitte (41, 35, 37, 99, 12, 14, 8, 13).

Hédon (8) beobachtete in 8 Fällen, in denen die Exstirpation des Pankreas eine vollständige war, Glykosurie, misst ihr aber nicht in allen Fällen dieselbe Bedeutung zu. In einer Reihe von Fällen tritt sie wenige Stunden nach der Operation auf, ist sehr intensiv und dauert bis zum Tode des Thieres an; der Kräfteverfall ist dabei ein rapider und bei der Autopsie findet sich in Muskeln und Leber keine Spur von Glykogen. Das ist das ausgesprochene Bild des schweren Diabetes. In einer anderen Reihe von Fällen ist die Glykosurie viel geringer, ihr Auftreten oft verzögert, ihr Verlauf stark intermittirend, und die Thiere bleiben oft über 3 Monate lang am Leben. In einer dritten Reihe von Fällen ist die Glykosurie nur bei Kohlehydratnahrung intensiv, aber gering oder ganz fehlend bei Stickstoffnahrung. Endlich giebt es Fälle, in denen die Glykosurie während der ganzen Dauer auch bei Kohlehydratnahrung eine leichte ist, während die Kachexie dabei ziemlich rasche Fortschritte macht. In diesen Fällen rührt die Kachexie nicht allein von der durch die Abwesenheit des Pankreassaftes erzeugten Verdauungstörung her, denn der Stickstoffgehalt des Kothes ist bei reichlicher Fleischnahrung nicht erhöht; vielmehr muss als Ursache der Kachexie eine Störung der Gewebeernährung angenommen werden, welche die Folge der Pankreaswegnahme ist. Die Glykosurie ist demnach nicht immer die Haupterscheinung nach der Pankreasexstirpation, es handelt sich um eine viel allgemeinere Ernährungstörung, deren Ursache noch erforscht werden muss.

In den Fällen von intermittirender Glykosurie betrachtet Hédon (13) den Diabetes nicht als intermittirend. Die Glykosurie scheint ihm in diesen Fällen nur eines der Symptome der allgemeinen Ernährungstörung zu sein, welche dem Ausfall der Pankreasfunktion folgt, während die gesteigerte Stickstoffausscheidung hier das hauptsächlichste Zeichen der Krankheit ist. Zur Erklärung der Intermittenz der Glykosurie bei vollständigem Fehlen des Pankreas nimmt Hédon an, dass die Funktion der Regulirung des Zuckerverbrauchs im Organismus unter gewissen Versuchsbedingungen auch von anderen Organen, als von dem Pankreas übernommen werden kann.

Auf Grund dieser seiner Beobachtungen unterscheidet Hédon 2 Formen der nach der totalen Pankreasexstirpation auftretenden Krankheit. Die erste Form ist ausgezeichnet durch sehr hohe Zuckerausscheidung und rapid fortschreitende tiefe Kachexie, die nach 15—20 Tagen zum Tode führt. Die Glykosurie ist dabei die vorherrschende Erscheinung. Die zweite Form zeichnet sich aus durch langsamen Verlauf, intermittirende Glykosurie, namentlich bei Stickstoffnahrung, und beträchtliche Stickstoffausscheidung, welche hier das vorherrschende Symptom ist. Der Tod tritt erst nach mehreren Monaten ein.

Auch Lépine (46), der die Exstirpation des Pankreas an ungefähr 100 Hunden ausgeführt hat, sah die Glykosurie, abgesehen von einigen Ausnahmefällen, nie fehlen.

Von den italienischen Forschern gelangte Caparelli (34) zu denselben Resultaten, wie v. Mering und Minkowski, d. h. dem ausnahmelosen Auftreten von Glykosurie nach der totalen Pankreasexstirpation, und er glaubt die abweichenden Ergebnisse von Dominicis, der unter 34 Exstirpationen nur 13mal Glykosurie folgen sah, durch den Umstand erklären zu können, dass in den Fällen, in denen die Glykosurie ausblieb, ein kleines Pankreasfragment im Mesenterium zurückgelassen wurde. Dominicis (20) sah auch dann, wenn nach der Totalexstirpation die Glykosurie ausblieb, schwere und irreparable Ernährungstörungen, rechnet diese unbedingt zum Diabetes gravis und stellt ebenfalls den Satz auf, dass nach der Totalexstirpation des Pankreas ausnahmelos schwerer Diabetes auftritt, jedoch sei die Glykosurie dabei inconstant und nicht das wesentliche Symptom.

De Renzi und Reale (64) bestreiten hiergegen auch jetzt noch, dass ausnahmelos der Totalexstirpation des Pankreas Diabetes folge.

Unter den englischen Forschern hat Harley (47) an Hunden, Katzen und Kaninchen totale und partielle Pankreaszerstörungen vorgenommen und gelangt zu dem Ergebniss, dass gänzliche Entfernung oder Zerstörung des Pankreas ausnahmelos Diabetes mellitus erzeugt, dass jedoch der Diabetes ausbleibt, wenn ein kleiner Theil der Drüse intakt gelassen wird. Er zieht daraus den Schluss, dass

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

die Ursache des Diabetes die totale Aufhebung der Pankreasfunktion und nicht eine Verletzung von Nerven bei der Operation ist.

Von den deutschen Autoren hat sich neben Sandmeyer (29), welcher ebenfalls nach der Totalexstirpation bei Hunden ohne Ausnahme dauernde Glykosurie nebst anderen Symptomen des schweren Diabetes beobachtete, vor Allem Minkowski in der eingehendsten Weise mit den Folgen der Pankreasexstirpation beschäftigt. Auch in seinen neueren Mittheilungen (83, 66, 74) hält er die Behauptung aufrecht, dass bei Hunden nach der vollständigen Exstirpation des Pankreas ausnahmelos Diabetes auftritt. Ebenfalls positive Resultate erzielte er bei einer Katze und einem Schweine. Kaninchen, bei denen in Folge der anatomischen Lage des Pankreas Nebenverletzungen schwer zu vermeiden sind, geben unsichere Resultate. Bei Vögeln und Fröschen kommt kein Diabetes zu Stande.

Nach der vollständigen Exstirpation enthielt der Harn am 1. Tage meist nur Spuren bis zu 1% Zucker, am 2. Tage 4—6%, am 3. Tage 8—10%. Bei reichlicher Nahrung kann die Zuckerausscheidung lange Zeit in dieser Höhe fortbestehen, bei Hunger nimmt sie ab, verschwindet aber nicht ganz. Bei Ausschluss von Kohlehydraten in der Nahrung oder bei gänzlichem Fasten stehen Zucker und Harnstoff in einem sehr constanten Verhältniss, das durch die Zahlen 2.8 : 1 ausgedrückt wird. Die Annahme, dass die gesammte Menge des im Körper aus Eiweiss gebildeten Zuckers nach der Pankreasexstirpation zur Ausscheidung gelangt, würde die Constanz dieses Verhältnisses erklären. Gegen Ende des Lebens der Thiere, wenn der Kräfteverfall und die Abmagerung einen hohen Grad erreicht haben, nimmt die Menge des ausgeschiedenen Zuckers ab, oft verhältnissmässig stärker, als die des Harnstoffs, und kurz vor dem Tode kann der Zucker ganz verschwinden. Die von Hédon und Anderen dafür gegebene Erklärung, dass andere Organe vicariirend für das Pankreas eintreten, ist nicht bewiesen, wahrscheinlicher ist die Ursache in einer Störung der Zuckerproduktion zu suchen. Bei unvollständiger Exstirpation der Drüse folgt keine Glykosurie, wenn grosse Theile (1/4—1/5) zurückgelassen werden; bleiben nur kleine Theile zurück, so tritt leichter oder mittelschwerer Diabetes ein. Es kann also schon eine Herabsetzung der Funktion des Pankreas leichtere Grade von Diabetes erzeugen, und möglicher Weise beruhen auch beim Menschen die leichteren Formen des Diabetes auf Störungen der Pankreasfunktion.

Beim Hunde gelang es, einen Theil des absteigenden Drüsenschenkels aus der Umgebung zu lösen und unter die Bauchhaut zu verpflanzen, ohne dass die das Stück ernährenden Gefässe abgebunden oder durchtrennt werden mussten. So blieb die Ernährung dieses Stückes erhalten und es heilte, ohne zu nekrotisiren, ein. In einigen Fällen konnte auch eine Fistel angelegt werden, so dass das eingeheilte Drüsenstück wirksamen Pankreassaft aus der Bauchwunde ergoss. Wird nach Einheilung des verpflanzten Drüsenstückes der Rest der Drüse aus der Bauchhöhle entfernt, so tritt kein Diabetes ein, auch keine alimentäre Glykosurie. Es stellt sich aber sofort intensivste Zuckerausscheidung ein, wenn man nachträglich das verpflanzte Stück aus der Bauchhaut entfernt. Auch Hédon (35) und Thiroloix (99) haben dieses Experiment an einer grösseren Zahl von Thieren ausgeführt und sind zu denselben Ergebnissen gelangt, wie Minkowski. In einem Falle sah Minkowski die bis dahin bestehende Sekretion des Drüsensaftes aus der Fistel sich erheblich vermindern, ohne dass das Drüsenstück nekrotisirte und ohne dass Glykosurie auftrat. Er schliesst daraus, dass zwischen der Drüsensaftsekretion und der den Zuckerverbrauch regulirenden Funktion des Pankreas kein direkter Zusammenhang besteht. Dafür spricht auch eine Beobachtung von Thiroloix, nach der plötzlich Diabetes auftrat, obgleich die Saftsekretion des verpflanzten Drüsenstückes weiter dauerte. Minkowski hält es aus verschiedenen Gründen für sehr wahrscheinlich, dass die hier in Frage kommende Funktion des Pankreas eine specifische Eigenschaft dieses Organs ist. Renzi und Reale (64) schreiben auch dem Duodenum und den Speicheldrüsen diese Funktion zu, weil sie nach der Exstirpation dieser Theile Zuckerausscheidung beobachtet hatten. Durch Wiederholung dieses Experimentes hat Minkowski (65) gezeigt, dass es sich dabei immer nur um vorübergehende Ausscheidung kleiner Zuckermengen handelte, welche der Narkose und dem chirurgischen Eingriff als solchem Schuld gegeben werden müsse. So lange nicht auf einem anderen Wege, als dem der totalen Pankreasexstirpation dauernder Diabetes erzeugt werden kann, ist kein Beweis gegen die Annahme, dass die in Rede stehende Funktion des Pankreas diesem allein zukommt, geliefert.

Mit dieser Annahme steht keineswegs die Thatsache in Widerspruch, dass ohne Störung dieser Funktion Glykosurie auftreten kann, z. B. durch übermässigen Genuss von Zucker oder durch Phloridzin. Bei letzterem scheint es sich um eine Funktionstörung der Nieren zu handeln, weil beim Phloridzindiabetes 1) der Zuckergehalt des Blutes stets unter der Norm gefunden wird im Gegensatz zum Pankreasdiabetes, bei dem er erhöht ist, und 2) weil bei Hunden, die durch Pankreasexstirpation diabetisch gemacht sind, die Nierenexstirpation den an sich schon hohen Zuckergehalt des Blutes noch weiter und zu sehr hohen Werthen steigert, während beim Phloridzindiabetes die Nierenexstirpation den Gehalt des Blutes an Zucker nur um ein Geringes und nie über den Normalwerth hinaus erhöht.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Ueber das Verhalten verschiedener Kohlehydrate im Organismus der diabetischen Thiere konnte Minkowski feststellen, dass gewöhnliches Amylum zum grössten Theil unverdaut mit den Faeces ausgeschieden wird und dass lösliches Amylum und Dextrin die Traubenzuckerausscheidung im Harn erhöhen. Nach Fütterung mit Brod und mit Maltose wurden andere Zuckerarten als Traubenzucker nicht im Harn gefunden. Anders dagegen verhielten sich die linksdrehenden Kohlehydrate. Von eingegebener Lävulose fanden sich nur in den ersten Harnportionen Spuren, der grösste Theil wurde im Organismus verbraucht. Wenn grössere Mengen reiner Lävulose gefüttert wurden, zeigte sich eine deutliche Steigerung der Traubenzuckerausscheidung; es muss also eine Umwandlung der Lävulose in Dextrose vor sich gegangen sein. Bei Fütterung mit Inulin fanden sich im Harn nie linksdrehende Kohlehydrate, manchmal aber zeigte sich eine Vermehrung des Traubenzuckers. Von Rohrzucker erschien etwas mehr als die Hälfte als Traubenzucker im Harn wieder, andere Zuckerarten erschienen nicht. Nach Genuss von Milch oder reinem Milchzucker zeigte sich auch nur Traubenzucker im Harn.

Fritz Voit (31) hat am diabetischen Menschen festgestellt, dass Galaktose, die ebenso wie Milchzucker wenig Glykogen erzeugt und leicht in den Harn übergeht, eine erhebliche Traubenzuckerausscheidung zur Folge hat (100 g Galaktose erhöhten den Traubenzucker des Harns um 70 g). Das spricht von Neuem dafür, dass die Vermehrung der Traubenzuckerausscheidung nach Milchzuckergenuss auf Abspaltung von Traubenzucker beruht.

Die schon früher von Minkowski und v. Mering gemachte Angabe, dass nach der Pankreasexstirpation das Glykogen aus der Leber frühzeitig bis auf Spuren verschwinde, ist ausser von Anderen besonders von Hédon bestätigt worden. Minkowski bringt diese Thatsache in direkten Zusammenhang mit der Störung des Zuckerverbrauchs und fand bei diabetischen Hunden, die mit Lävulose gefüttert wurden, einen viel höheren Glykogengehalt der Leber, so dass man annehmen muss, dass die Lävulose direkt in Glykogen übergegangen ist. Dass dies überhaupt möglich ist, hat neuerdings Voit bewiesen.

Im Gegensatz zu Hédon (8), welcher eine besondere Störung der Gewebeernährung annimmt, glaubt Minkowski, den gesteigerten Eiweisszerfall beim Pankreasdiabetes nur der mangelhaften Ausnützung der mit der Nahrung gereichten Eiweisse und Fette und der mangelnden Verwerthung des Zuckers Schuld geben zu müssen. Ausscheidung von Aceton, Acetessigsäure und Oxybuttersäure ist eine durchaus inconstante Erscheinung und, wenn sie sich zeigt, nur in mässigem Grade vorhanden. Die Oxybuttersäure trat erst auf, als die Zuckermengen abnahmen; es handelt sich also vielleicht um eine Störung der Zuckerbildung aus dem Eiweiss dabei.

Ein merkwürdiger Gegensatz besteht beim Pankreasdiabetes zwischen dem Glykogengehalt der Leber und dem der Leukocyten, welche letztere glykogenreicher, als der Norm entspricht, gefunden wurden; auffallend niedrig stellt sich der Milchsäuregehalt der Muskeln.

Complicirende Erkrankungen, wie z. B. Peritonitis, verhindern das Auftreten der Glykosurie nach der Pankreasexstirpation, oder bringen bereits bestehende frühzeitig zum Schwinden. Der Zucker scheint dabei unter Einwirkung der pathogenen Bakterien zersetzt zu werden, wie Versuche von Berg und Socin ergeben haben.

Was die Ursache des Diabetes nach der Pankreasexstirpation betrifft, so geht aus den mitgetheilten Experimenten, besonders aus den Transplantationsversuchen, hervor, dass der Diabetes nicht Folge des Fehlens des Pankreassaftes im Darm ist, auch nicht einer Nervenverletzung, wie Thiroloix früher annahm und Lafitte (41) jetzt noch annehmen zu müssen glaubt. Es handelt sich vielmehr um „Einflüsse, welche das Pankreas auf den Stoffwechsel im Innern des Organismus" hat, deren Wegfall die Ursache des Diabetes ist. Das Wesen dieser Einflüsse konnte bis jetzt noch nicht sicher klargestellt werden. Minkowski nimmt an, dass „das Pankreas in der Norm irgend eine besondere Funktion bei dem Verbrauche des Zuckers zu erfüllen hat". Die von Lépine für das Wesen dieser Funktion gegebene Erklärung (glykolytisches Ferment) ist nach Minkowski's und auch Anderer Anschauungen durch nichts stichhaltig bewiesen. Minkowski sah bei einem durch Pankreasexstirpation diabetisch gemachten Hunde nach dessen Tödtung den Gehalt an Zucker im entleerten Blute innerhalb einer Stunde von 0.8% auf 0.63% fallen und erblickt darin einen hinreichenden Beweis gegen die Annahme Lépine's, dass das Fehlen des glykolytischen Ferments im Blute die Ursache des Diabetes sei.

8) *Pankreasdiabetes beim Menschen.*

Den seit Cowly's Beobachtung schon in grosser Zahl mitgetheilten Befunden von Erkrankungen des Pankreas bei diabetischen Menschen fügt auch die neueste Literatur wieder eine Anzahl werthvoller Fälle an.

Thiroloix (5) berichtet über einen Diabetes, der 4½ Jahre gedauert hatte und bei dem die Glykosurie 29 Tage vor dem Tode vollständig verschwunden war, während die Harnstoffausscheidung noch 25 g täglich betrug. Bei der *Autopsie* fand man ausser Lungentuberkulose Atrophie der Nebennieren, sklerotische Hypertrophie der Semilunarganglien und einfache Atrophie des Pankreas mit obliterirtem, stellenweise cystisch entartetem Ausführungsgang.

Einen ähnlichen Befund von Atrophie des Pankreas neben Atrophie des Plexus solaris und der Nebennieren beschreibt Leva (16). In einem

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

anderen Falle wurde nur Atrophie des Pankreas gefunden.

Freyhan (86), welcher die Ansicht vertritt, dass ein Diabetes mit Erkrankung des Pankreas nur dann allein auf diese zurückgeführt werden darf, wenn das Drüsengewebe vollständig vernichtet ist, und dass von diesem Gesichtspunkt aus die Zahl der Fälle von wirklichem Pankreasdiabetes eine sehr beschränkte ist, theilt 2 solcher Fälle mit.

In beiden erfolgte der Tod durch Lungentuberkulose. Im 1. Falle war der Ausführungsgang des Pankreas mit Steinen und Sand aus kohlensaurem Kalk erfüllt und das Drüsengewebe total geschwunden und durch Fett ersetzt. Im 2. Falle waren nur am Kopfe der Drüse noch einige Drüsenläppchen vorhanden, sonst war Alles durch Fett- und Bindegewebe ersetzt. Der am Kopf blind endigende Ausführungsgang war mit Sand und Concretionen erfüllt und am Schwanzende durch einen grösseren aus Kalk und Cholestearin bestehenden Stein verschlossen.

In 2 Fällen von Williamson (48) war das Pankreas das eine Mal ausgesprochen atrophisch und stark fettig degenerirt, das andere Mal war der Ausführungsgang cystisch erweitert und mit kleinen Steinen erfüllt, das Drüsengewebe bis auf kleine Inseln durch fibröses Gewebe ersetzt.

Harley (49) fand in einem Falle von schwerem Diabetes, der ziemlich akut aufgetreten war und 11 Tage nach der Constatirung der Glykosurie tödtlich endete, das Pankreas mit zahlreichen kleinen und einem grösseren Abscess erfüllt, aus deren Eiter sich der Staphylococcus pyogenes aureus züchten liess. Das Drüsenparenchym zeigte zum Theil Atrophie und fettige Entartung der Zellen, zum Theil war es durch Bindegewebe ersetzt. In einem anderen Falle, in dem bei der Sektion ein Carcinom des Pankreas gefunden wurde, war es auffallend, dass den im letzten halben Jahre ante mortem bestehenden schweren Diabetes ein chronischer mittelschwerer von 4jähriger Dauer vorausgegangen war.

Brix (15), der, auf dem Standpunkte Lancereaux's stehend, den Diabetes der Mageren und der Fetten unterscheidet, den ersteren mit, den letzteren ohne Veränderungen des Pankreas, theilt die Erkrankungen des Pankreas in folgende 4 Kategorien ein: 1) Lithiasis mit consekutiver Atrophie des Parenchyms und Bindegewebewucherung, 2) spontane Obliteration des Ausführungsganges aus noch nicht erkannter Ursache, 3) Krebs des Pankreas, 4) einfache spontane Atrophie des Pankreas unbekannten Ursprungs.

9) *Ursache der Ueberladung des Blutes mit Zucker bei Diabetes.*

Chauveau und Kaufmann (87) suchten die Frage, ob die Ueberladung des Blutes mit Zucker die Folge einer vermehrten Bildung oder einer verringerten Consumption sei, zu entscheiden, indem sie von der Voraussetzung ausgingen, dass, wenn das venöse Blut ärmer an Zucker ist als das arterielle, ein Verbrauch von Zucker in den Geweben, bez. den Capillaren stattfinden müsse und dass andererseits eine Zuckerbildung in den Geweben stattfinden müsse, wenn das venöse Blut reicher an Zucker befunden würde als das arterielle. Sie fanden bei ihren vergleichenden Analysen das venöse Blut ausnahmelos ärmer als das arterielle sowohl bei gesunden, als bei diabetisch gemachten Thieren.

10) *Theorie des Diabetes.*

Leo (71) wendet sich nochmals gegen die Ebstein'sche Diabetestheorie (Verminderung der CO_2-Bildung in den Geweben). Nach Bert steigert sich der CO_2-Gehalt der Gewebe um $^1/_4$ des Normalwerthes, wenn man in einer Atmosphäre von 2% CO_2-Gehalt athmet. L. liess nun Diabeteskranke 6—7 Std. in solcher Atmosphäre athmen und fand keine Abnahme der Zuckerausscheidung, was der Fall sein müsste, wenn die Ebstein'sche Theorie richtig wäre. Ferner haben die bisher an Diabetikern angestellten Blutuntersuchungen normalen CO_2-Gehalt ergeben und L.'s an 5 Diabetikern ausgeführte Respirationsversuche ergaben normale Werthe der CO_2-Ausscheidung in der Exspirationsluft. Der in einem Falle von Voit und Pettenkofer gefundene abnorm niedrige Gehalt an CO_2 der Exspirationsluft beruhte auf einer falschen Deutung der Untersuchungsresultate, wie in den neuesten Arbeiten aus dem Voit'schen Laboratorium zugestanden wird.

Lépine (37) vertritt auch in seinen neuesten Arbeiten gegen alle ihm gemachten Einwände den Standpunkt, dass das Fehlen des von ihm entdeckten glykolytischen Ferments die Ursache des Diabetes sei, gesteht aber gleichzeitig zu, dass dies nicht das einzige pathogenetische Element des Diabetes sei.

Minkowski (83) hält die bis jetzt experimentell festgestellten Thatsachen noch nicht für genügend, um schon eine Theorie über das Wesen und die Pathogenese des Diabetes aufstellen zu können.

11) *Aetiologie des Diabetes.*

Ueber Fälle, in denen der Diabetes nach starken Gemüthsbewegungen auftrat, berichten Williamson (48) und Flesch (24). Im letzteren Falle waren 2 Jahre und auch unmittelbar vorher Zuckeruntersuchungen mit negativem Resultat angestellt worden. Der Zuckergehalt stieg nach der Gemüthsbewegung innerhalb 14 Tagen auf 0.1%, dann auf 1.7% und fiel wieder auf unmerkliche Spuren ab. Einen Fall, in dem eine Erkältung als einzige bekannte Ursache vorlag, und einen mit wahrscheinlicher Lues theilt Leva (16) mit. Ueber je einen Fall von vorausgegangenem Trauma berichten Williamson (48) und Ebstein (67).

Der 1. Fall betraf ein 18jähr. Mädchen, das mit dem Kopfe hart gegen eine Thür fiel. Unmittelbar danach heftige Kopfschmerzen, nach 2 Wochen vermehrter Durst mit Glykosurie und später Abmagerung.

Der Ebstein'sche Kr. war ein Lokomotivführer, bei dem sich nach einem Eisenbahnunfall die Symptome der sogen. traumatischen Neurose herausbildeten. 6 Jahre danach wurde Zucker im Harn entdeckt, während im sonstigen Zustande des Kr. noch keine Besserung eingetreten war. Wahrscheinlich aber war schon 1 Jahr nach dem Unfall Zucker im Harn ausgeschieden worden, denn das specifische Gewicht des Harns war damals schon

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

1032 gewesen. Die Glykosurie war aber keine continuirliche und es bestand auch keine ausgesprochene Polyurie, noch Steigerung des Durstes und Hungers; es handelte sich also um einen Fall von Diabetes mellitus decipiens et intermittens. Da die Glykosurie 9 Jahre nach dem Unfalle noch bestand und der Ernährungzustand gesunken war, rechnet E. den Fall nicht zur leichten Form; er hält das Trauma mit grösster Wahrscheinlichkeit für die Ursache des Diabetes.

12) *Erkrankung des Nervensystems und Diabetes.*

Thiroloix (36) berichtet über einen vorher ganz gesunden 48jähr. Mann, der ganz plötzlich über Nacht von unstillbarem Durst befallen wurde. Am anderen Tage entsprechende Polyurie und starke Polyphagie. Am folgenden Tage zeigte sich schon so grosse Schwäche, dass der Kr. nicht mehr aufstehen konnte. Starke Glykosurie, grosse geistige und gemüthliche Apathie, rascher Verfall der physischen Kräfte und rapide Abmagerung. Im weiteren Verlauf Lungentuberkulose und häufigere Anfälle von Koma diabet., 13 Monate nach Beginn der Krankheit Tod im Koma. Die Autopsie ergab neben ulceröser Lungenphthise Hypertrophie der linken Semilunarganglien, multiple Nierenabscesse, eitrige Infiltrationen der Pia cerebralis und spinalis und einen linsenförmigen sklerotischen Herd in der linken unteren Hälfte der Medulla oblongata dicht unter dem Boden der Rautengrube. Das Pankreas war intakt. Klinisch war das Bild dasselbe wie beim Pankreasdiabetes von Lancereaux.

Einen 2. hierher gehörigen Fall theilt Williamson (48) mit. Ein vorher ganz gesunder Mann wurde plötzlich ataktisch und fiel zu Boden, war dabei nicht bewusstlos, nicht gelähmt. Er konnte aber seitdem nicht mehr gehen und stehen in Folge ausgesprochenster Ataxie. Die Patellarreflexe waren erhalten, es bestand Ptosis des rechten Auges, Paralyse des rechten Internus, die linke Pupille war weiter als die rechte, geringer Nystagmus und Tremor des rechten Arms. Die Sehnervenpapille war normal. 7 Wochen nach diesem Anfalle zeigten sich die Symptome des Diabetes. Die Paralyse des Rectus internus, der Nystagmus und die Ptosis verschwanden nach einiger Zeit, während die Ataxie, der Tremor und der Diabetes bestehen blieben.

In einem anderen Falle von Williamson, in dem sich zu Kopfschmerzen und temporaler Hemianopsie nach einigen Wochen Diabetes hinzugesellte, fand sich bei der Autopsie ein Rundzellensarkom der Hypophysis, das auf das Chiasma gedrückt hatte.

13) *Lebererkrankung und Diabetes.*

Den seltenen Fällen des gleichzeitigen Vorkommens von Diabetes und Lebercirrhose fügt Palma (88) 2 neue hinzu.

In beiden Fällen war Alkoholmissbrauch vorausgegangen; es handelte sich um eine hypertrophische Cirrhose mit Uebergang in Atrophie im 1. Falle, im 2. Falle war die Leber schon atrophisch, doch war auch hier Hypertrophie vorausgegangen. Die Sektion ergab eine verkleinerte granulirte Leber und intaktes Pankreas.

In keinem der beiden Fälle konnte festgestellt werden, welche der beiden Affektionen zuerst aufgetreten war, und deshalb lässt sich auch die von Glénard gegebene Auffassung des Alkoholdiabetes, der als Folge der durch Alkoholmissbrauch erzeugten Hepatitis zu betrachten sei, nicht ohne Weiteres auf diese Fälle anwenden.

14) *Stoffwechsel beim Diabetiker.*

Wie schon Beobachtungen von Külz wahrscheinlich gemacht hatten, üben die Kohlehydrate auch beim Diabetiker selbst schweren Grades eine eiweisssparende Wirkung aus. Leo (75) hat dies durch Versuche an zwei Diabetikern direkt erwiesen. Beide erhielten eine gleiche eiweissreiche und kohlehydratarme Nahrung, bis annähernd Stickstoffgleichgewicht eingetreten war. Täglich wurde die N-Ausscheidung in Harn und Koth bestimmt und an verschiedenen Tagen noch ein aus Maizena und Rohrzucker hergestelltes, völlig stickstofffreies Gericht verabreicht. Die ausgeschiedene Zucker- und Harnmenge stieg dadurch beträchtlich an, ohne die N-Ausscheidung zu steigern. Schaltete man nun noch Tage ein, an denen ohne Kohlehydratzufuhr die Urinmenge nur durch vermehrte Wasserzufuhr gesteigert wurde, so war die Stickstoffausscheidung grösser als an den Tagen mit Kohlehydratzufuhr und annähernd gleichen Harnmengen. Dieses Plus betrug 1.193 g N; dies entspricht nach Voit's Berechnungen 7.5 g Eiweiss oder 35.5 g Muskelsubstanz. Das ist die Grösse der täglichen Ersparniss; es hatte während der Zeit des Versuchs auch Körpergewichtzunahme stattgefunden.

In einer weiteren Versuchsreihe zeigte Leo (84) die Abhängigkeit der N-Ausscheidung von der diuretischen Wirkung der Kohlehydrate. Die Versuchspersonen erhielten, nachdem sie am Tage vorher eine möglichst gleichmässige Diät genossen hatten und der N- und Zuckergehalt des in der folgenden Nacht, bez. am folgenden Morgen entleerten Harns bestimmt worden war, ein Probemahl, das aus 75 g Rohrzucker, 120 g Maizena, 50 g Butter und 250 g Wasser bestand. Danach wurden stündlich Harnmenge und N- und Zuckergehalt derselben bestimmt. Bei 3 Gesunden zeigte sich eine der Steigerung der Urinmenge ungefähr entsprechende Steigerung der N-Ausscheidung. Bei einem Kranken mit Diabetes insipidus, bei dem ohnehin schon eine abnorm hohe Harnausscheidung bestand, fand keine wesentliche Steigerung der N-Ausfuhr statt. Bei den Diabetikern machte sich kurze Zeit nach dem Probemahl eine erhebliche Steigerung der N-Ausfuhr im Harn geltend, parallel einer Steigerung der Harn- und Zuckerausfuhr. Bald nach der Steigerung trat ein mehr oder weniger deutlicher Abfall der N-Ausscheidung ein, ebenfalls parallel einem Abfall der Harn- und Zuckerausscheidung. Im Allgemeinen ist die Steigerung der N-Ausfuhr beim Diabetiker grösser und dauert auch etwas länger an als beim Gesunden.

Ueber den respiratorischen Stoffwechsel beim Diabetiker stellte Leo (17) neue Versuche nach der Methode von Zuntz und Geppert (die einzelne Beobachtung erstreckt sich nur auf einige Minuten und die Versuchsperson befindet sich in absoluter Muskelruhe) an, sowohl im nüchternen Zustande, als auch nach verschieden lange Zeit voraufgegangener Nahrungsaufnahme. Indem er die gefundenen Werthe auf 1 kg Körpergewicht und 1 Minute Respirationsdauer reducirt und mit den von anderen Autoren an Gesunden erhaltenen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

vergleicht, kommt er zu dem Ergebniss, dass die Schwankungen des Gaswechsels sich beim Diabetiker in denselben Grenzen bewegen wie beim Gesunden. Auch auf die Höhe des Gaswechsels hat die Schwere des Diabetes gar keinen Einfluss. Die Steigerungen der O-Aufnahme und CO_2-Ausfuhr nach Nahrungsaufnahme sind ebenso beim Gesunden beobachtet worden. Der Gaswechsel der Diabetiker unterscheidet sich demnach weder im nüchternen Zustande, noch nach der Nahrungsaufnahme von dem des normalen Menschen. An Stelle des unversehrt ausgeschiedenen Zuckers zerfällt eben mehr Fett und Eiweiss. Damit stimmt auch die Höhe des bei den Versuchen gefundenen respiratorischen Quotienten, der sich bei vorwiegender Verbrennung von Kohlehydraten der Zahl 1 nähert, aber bei vorwiegender Zersetzung von Eiweiss kleiner als 1 wird. Aus der Betrachtung des respiratorischen Quotienten der Diabetiker geht ausserdem noch hervor, dass selbst in den schweren Formen noch ein Theil des Zuckers verbrannt wird, zu welchem Resultat Külz schon auf anderem Wege gelangt war.

Durch vergleichende Stoffwechselversuche an einem Diabetiker und an einem Gesunden von gleichem Körpergewicht konnte F. Voit (30) nachweisen, dass die Eiweisszersetzung unter kohlehydratfreier Nahrung bei beiden die gleiche Grösse hat; er folgert daraus, dass der gesteigerte Eiweisszerfall des Diabetikers bei gemischter Nahrung nur in der Unfähigkeit des Diabetikers, die Kohlehydrate in demselben Umfange zu verwerthen wie der Gesunde, seinen Grund hat. Im vollen Einklang damit stehen die aus den vergleichenden Stoffwechseluntersuchungen, welche Voit und v. Pettenkofer an Gesunden und an Diabetikern anstellten, berechneten Grössen der O-Aufnahme, CO_2-Abgabe und der Wärmeproduktion; auch diese sind beim Diabetiker dieselben wie beim Gesunden; damit ist der Beweis geliefert, dass die Gesammtzersetzung des Diabetikers nicht höher ist als die des Gesunden. (Schluss folgt.)

VI. Neuere Arbeiten über die traumatischen Neurosen.[1])

Von Dr. L. Bruns in Hannover.

A. Grössere Arbeiten, Referate, Diskussionen und allgemeine Uebersichten.

1) *Ueber die traumatischen Neurosen.* Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. 12. Congress. Wiesbaden 12.—15. April 1893. Wiesbaden. Bergmann. 1. Referat: A. Strümpell; 2. Referat: C. Wernicke. Diskussion: Hitzig, Bruns, Bäumler, Sänger, Hitzig, Hoffmann, Jolly, Ziemssen (Wiesbaden), Lenhartz, Unverricht, Schultze, Hitzig, Lenhartz, Hitzig, Wernicke.

2) Concussion of the spine, more especially in its relationship with railway accidents and injuries. Read in the section of medicine at the annual meeting of the British medical Association at Newcastle, August 1893; by Byrom Bramwell. Diskussion: Brookhouse, Robertson, Clifford Allbutt, Th. Buzzard, Chaunzy Puzey, Saundby Eddison, Baines, Walker, Gordon, Noble Smith. Brit. med. Journ. Nov. 18. 1893.

3) Seeligmüller, Unfalls-Nervenkrankheiten. *Eulenburg's* encyklopädische Jahrbücher Nr. 3. Wien 1893. Urban u. Schwarzenberg.

4) Bertololy, Die traumatischen Neurosen. Vereinsbl. d. pfälz. Aerzte Juli, Aug. 1893.

5) Vibert, Ch., Contribution à l'étude de la névrose traumatique. Ann. d'hyg. publ. et de la méd. lég. 2. S. XXIX. 2. p. 97; 3. p. 228. Févr., Mars 1893.

6) Knapp, Philip Coombs, Traumatic nervous affections. An attempt at their classification based on a study of ninety cases. Amer. Journ. of Med. sc. CIV. 6. p. 629. Dec. 1892.

Die literarische Produktion in Bezug auf die traumatischen Neurosen ist im letzten Jahre nicht ganz so gross gewesen wie in den vorhergehenden Jahren. Die ganze Frage ist an einem gewissen Ruhepunkte angelangt, über die Thatsächlichkeit der Krankheitsformen wird im Allgemeinen nicht mehr gestritten, man sucht zusammenzufassen, was heute als ein sicherer Besitz der Wissenschaft gelten kann, und die Symptomatologie weiter auszubauen, vor Allem in einzelnen, besonders wichtigen Punkten, z. B. bei den Störungen der Sinnesorgane, der Feststellung, bez. Ausschaltung der Simulation. Den wichtigsten Beitrag zur Frage der traumatischen Neurosen haben wohl die Verhandlungen auf dem Congresse für innere Medicin im April 1893 geliefert, auf dem Strümpell (1) und Wernicke (1) Referat und Correferat über diese Frage übernommen hatten. Strümpell (1) stellte in ausserordentlich klarer und übersichtlicher Weise seine Auffassung dar, die sich in allen wesentlichen Dingen mit seinen eigenen früheren Aeusserungen und mit denjenigen Ansichten deckt, die seit Jahren *Ref.* an dieser Stelle vertreten hat. Die traumatischen Neurosen als besondere, sonst nicht vorkommende Krankheiten aufzufassen, daran habe er nie gedacht, eben so wenig habe er seine „lokale traumatische Neurose" als ein rein örtliches Leiden darstellen wollen; handele es sich doch gerade in diesen Fällen meist um typische Hysterie. Str. giebt dann einen kurzen Abriss einer, wenn man so sagen darf, klassischen traumatischen Neurose, einer jener schweren Mischformen hyste-

[1]) Vgl. Jahrbb. CCXXXVIII. p. 73.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

rischer, neurasthenischer und hypochondrischer Elemente, für die *dieser* zusammenfassende Name am besten passt. Er unterscheidet dabei zwischen rein subjektiven und relativ objektiven Symptomen, wobei er zu den letzteren die Anästhesien, die Gesichtsfeldeinengungen, gewisse motorische und vasomotorische Erscheinungen und auch psychische Symptome rechnet, aber ausdrücklich darauf hinweist, dass *alle diese Dinge auch fehlen können,* und dass sie auch nicht im strengen Sinne als objektive aufzufassen sind. Die Krankheitsbilder, die sich im Allgemeinen als Hysterie oder Neurasthenie oder als Mischformen darstellen, sind stets psychisch bedingt. Die körperliche Verletzung spielt dabei nur insoweit nicht selten eine Rolle, als die rein subjektiven Symptome, besonders die Schmerzen, an der Stelle der Verletzung am stärksten zu sein pflegen. Auch will Str. keineswegs leugnen, dass nicht in einzelnen Fällen schwer zu deutender nervöser Leiden nach Trauma doch lokale Verletzungen von Nerven, Knochen, Gelenken u. s. w. vorhanden sind, oder aber in Folge einer ausgeprägten Erschütterung des Gehirns und Rückenmarks feinste molekulare, aber doch mechanische Verletzungen des centralen Nervensystems für die dauernden Krankheitserscheinungen in Betracht kommen können. In den meisten Fällen kommen diese Umstände aber schon deswegen in Wegfall, weil die eigentliche mechanische Einwirkung des Trauma allzu geringfügig war, ja in einzelnen Fällen, bei den reinen Schreckneurosen, ganz fehlte. Fasst man die Symptome als psychisch entstandene auf, so fällt natürlich auch jener scheinbare Widerspruch zwischen Intensität das Trauma und Intensität und Ausdehnung der Folgen fort. Voraussetzung für diese Auffassung ist nur, dass die Symptome alle derart sind, dass sie psychischer Entstehung sein *können.* Wirkliche organische Störungen können nur als Complikationen in Betracht kommen. Das ist nun thatsächlich der Fall. Für die Hysterie und ihre Symptome ist wohl kein Zweifel mehr, dass sie alle psychischer Natur sind, aber auch in den anderen Fällen, die mehr der Neurasthenie oder den neurasthenisch-hysterischen Mischformen entsprechen, tritt die Uebereinstimmung mit echten Psychoneurosen klar zu Tage. An und für sich ist ja auch die Neurasthenie ein psychisches Leiden. Für die Entstehung kommen hier psychische Momente wesentlich in Betracht: Schreck beim Unfall, Sorge um die Wiedergenesung, um die eigene und die Existonz der Familie; Gedanken an die Verfechtung des Rechtes auf Entschädigung. Ferner mischen sich ja in den ausgeprägten Fällen die hysterischen Symptome den neurasthenischen hinzu. *Es ist also bei aller Mannigfaltigkeit der Symptome der traumatischen Neurosen an dem rein psychogenen Ursprung aller mit Bestimmtheit festzuhalten;* wenn man deshalb von objektiven Symptomen spricht, so ist das sehr cum grano salis zu verstehen; sind diese Symptome auch *real,* so sind sie doch abhängig von Bewusstseinszuständen der Kranken, und ihre Beurtheilung muss eine andere sein, als die der wirklich objektiven Erscheinungen organischer Nervenerkrankungen. Ja, Str. geht sogar soweit, anzunehmen, dass unter Umständen einige dieser „objektiven" Symptome wie die Gesichtsfeldeinengungen, die Anästhesien auf suggestivem Wege durch die Untersuchung von Seiten des Arztes hervorgerufen werden können, und er will hieraus die grossen Differenzen in den Befunden der einzelnen Autoren gerade in diesen Dingen erklären.

In der Simulationsfrage ist Str. sehr vorsichtig. *Mit bewusster Absichtlichkeit ausgeführte Täuschung hält er für sehr selten.* Man bemühe sich, die ganze kranke Person, auch ihre Lebensumstände, die Leumundszeugnisse u. s. w. zu berücksichtigen, dann wird man meist zu einem bestimmten Urtheile kommen. *„Vor Allem aber vergesse man niemals, dass alle von Bewusstseinszuständen abhängigen Krankheitssymptome ganz anderen Regeln unterworfen sind, als die anatomisch bedingten. Wollte man wegen der Unbeständigkeit gewisser Symptome und wegen der Neigung der Kranken zu sichtlichen Uebertreibungen stets an der Realität der Krankheit zweifeln, so müssten wir Nervenärzte beinahe die Hälfte unserer Privatpatienten ebenfalls für Simulanten erklären!"*

In Beziehung auf die Entschädigungsansprüche räth Str. zur Vorsicht. Man solle *hierin* den Wünschen der Verletzten nicht *zu weit* entgegen kommen, da ja gerade in der durch die Wiederaufnahme der Arbeit bedingten Willenskräftigung oft der wirksamste Heilfaktor liege. Freilich erkennt er an, dass gerade diese Frage sehr schwierig zu entscheiden sei.

Eine kurze Inhaltsangabe der Ausführungen des Correferenten Wernicke (1) hat ihre Schwierigkeiten, da seinem Vortrage eine strenge Disposition fehlt und er in etwas sprunghafter Weise die einzelnen in Betracht kommenden Fragen behandelt. W. ist der Meinung, dass zwischen den sogenannten Neurosen und den organischen Erkrankungen ein eigentlicher Gegensatz gar nicht bestehe, da man ja doch auch wohl für die Neurosen eine materielle Grundlage annehmen müsste und auch die Symptome nicht immer bestimmt für das Eine oder das Andere sprächen, wobei er besonders auf die Sehnenreflexe exemplificirt. Eine Krankheit sui generis seien die traumatischen Neurosen nicht, auch beschränkten sie sich nicht auf die Hysterie, Neurasthenie und Hysteroneurasthenie, eine Ansicht, die W. irrthümlicher Weise dem *Ref.* zuschreibt. Auch darin irrt W. augenscheinlich, dass er Strümpell vorwirft, er halte alle traumatischen Neurosen für traumatische Hysterie. W. wendet sich dann in polemischer, z. Th. ironisirender Weise gegen die von Charcot und seinen Schülern ausgebaute, in Deutschland besonders von Möbius vertretene Lehre von

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

der Hysterie. Dabei kommen einige Bemerkungen zu Tage, die doch etwas verwunderlich klingen. So hält er z. B. die Lähmungen hysterischer Natur für ziemlich selten und fügt hinzu: *„Die wenigen Fälle derart, die ich zu Gesicht bekommen habe, wichen rasch einer psychischen Beeinflussung, welche von der Annahme der Simulation ausging.“* Auch der Annahme, dass die Hysterie eine Geisteskrankheit sei, tritt er entgegen; dem könne kein Irrenarzt beipflichten, da die Hysterischen gewiss nicht sämmtlich zur Kategorie der Unmündigen und Unzurechnungsfähigen gehörten [sic!]. Dem Irrthümlichen in dieser Aeusserung ist Jolly (1) in der Diskussion schon überzeugend entgegengetreten. Schliesslich kommt W. zu der Anschauung, dass Strümpell und Möbius zu ihren Definitionen von der Hysterie nur veranlasst seien, um die Fälle von traumatischer Neurose, deren Aehnlichkeit mit bewusster Simulation auch Oppenheim immer betone, erklären zu können. „Nach meiner Meinung findet ein grosser Theil dieser auffallenden Erscheinungen seine einfachste Erklärung in der Annahme von Uebertreibungen *an sich kranker Menschen*, die theils durch die hypochondrische Verstimmung der Kranken bedingt, *theils auch bewusste Unwahrheiten sind.“ Man sieht, damit wäre jede Grenze zwischen Hysterie und Simulation verwischt.* Auch W. glaubt an die suggestive Wirkung mancher Untersuchungsmethoden. In einem gewissen Gegensatze zu Strümpell hebt er dann aber wieder einzelne Methoden hervor, die er für besonders wichtig bei der Entscheidung über die Echtheit der Symptome hält: die Goldscheider'sche Prüfung des Temperatursinnes, die campimetrische Prüfung des Gesichtsfeldes nach Schmidt-Rimpler, den Förster'schen Verschiebungstypus; dem Mannkopff'schen Symptome will er weniger Bedeutung zumessen. *Reine Simulation hat auch W. selten gefunden, Uebertreibung dagegen ungemein häufig. Den Verdacht der Simulation soll der Arzt nur äussern, wenn er seiner Sache ganz sicher ist, sonst soll er ein non liquet aussprechen.* Eine gesetzliche Bestrafung nachgewiesener Simulation, hält er für sehr angebracht; die damit verbundene grosse Verantwortlichkeit der Begutachter könne kein Hinderungsgrund sein. Schliesslich sei, da der Haupttheil der Arbeit in diesen Dingen sich doch auf alle Aerzte vertheile, eine möglichst gute neuropathologische und psychiatrische Ausbildung *aller Aerzte* anzustreben.

Die ausgedehnte Diskussion beschränkte sich im Ganzen auf 3 Gebiete: 1) die Eintheilung und Benennung der einzelnen Formen der traumatischen Neurosen, 2) die Simulationsfrage, 3) die Werthschätzung einzelner besonders viel diskutirter Symptome. Im Allgemeinen trat ad 1) die Ansicht hervor, unter Beibehaltung des Namens „traumatische Neurosen“, doch im einzelnen Falle möglichst genau die speciellen Formen: Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie, Melancholie u. s. w. zu diagnosticiren, wobei Hitzig (1) und Bäumler (1) ganz besonders auf die *Hypochondrie* hinwiesen. Nur Jolly (1) ist dafür, den Namen traumatische Neurosen ganz abzuschaffen.

Die meisten der an der Discussion Theilnehmenden, so Hitzig (1), der *Ref.* (1), Bäumler (1), Jolly (1) u. s. w., sprachen sich ebenso wie Strümpell und Wernicke gegen die Häufigkeit der Simulation aus und ebenso für ein recht vorsichtiges und möglichst objektives Verhalten in dieser Frage, wie es an dieser Stelle *Ref.* stets empfohlen hat. Jolly (1) wies noch darauf hin, dass die Neigung der Hysterischen zur Simulation doch schon lange bekannt sei, ohne dass man deshalb diese Personen für nicht krank halte. Schultze (1) verhielt sich sehr reservirt und protestirte nur dagegen, dass man ihn etwa für einen Feind der Kranken halte, weil er nach seiner gewissenhaften Ueberzeugung vielleicht öfter auf die Vermuthung der Simulation komme als Andere. Nur Unverricht (1) äusserte bestimmt, dass er die Simulation für recht häufig halte, und empfahl zur Entlarvung der Simulanten die Chloroformnarkose, eine Methode, wegen deren Zurückweisung, als nichts beweisend bei Hysterie, nur auf die Arbeit von Friedmann[1]) hingewiesen sei. Wichtig ist noch, worauf ausser Strümpell besonders Hitzig (1) hinwies, dass wir nicht etwa berechtigt sind, aus dem Mangel sogen. objektiver Symptome auf Simulation zu schliessen; *die traumatischen Neurosen sind psychische Leiden und hier fehlen, wie jeder Irrenarzt weiss, die objektiven Symptome beinahe in den meisten Fällen.*

Ueber die Bedeutung der Gesichtsfeldeinengungen sprachen sich im positiven Sinne der *Ref.* (1) und, auf sein reiches Material gestützt, Sänger (1) aus; Letzterer verlangte besonders den Nachweis der Ermüdungsymptome. Schultze (1) machte den Vorschlag, doch auch einmal an einem grossen Materiale Gesunder nachzusehen, ob sich nicht auch bei ihnen häufig geringe Einengungen fänden.

Ueber die Prognose sprach noch Lenhartz (1), der sie wenigstens in den Fällen reiner Neurasthenie nicht für besonders schlecht hält. Auch Hoffmann (1) ist dieser Ansicht.

Als Ergebniss der Verhandlungen lässt sich wohl Folgendes feststellen: *Nach, auch leichten, Traumen kommen nicht selten allgemeine funktionelle Neurosen vor. Diese sogenannten traumatischen Neurosen sind nicht Krankheitsbilder ganz besonderer Art, sondern sie lassen sich alle unter die Namen auch sonst bekannter Neurosen subsummiren. Die wichtigsten sind: Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie und ihre Mischungen. Die Symptome aller dieser Krankheitsformen sind psychisch bedingt. Die sogenannten objektiven Symptome sind deshalb bei aller Wichtigkeit nur relativ objektiv. Die Simula-*

[1]) Vgl. Jahrbb. CCXXXVIII. p. 13.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

tion darf in ihrer Bedeutung nicht überschätzt werden, sie ist selten und sehr schwierig mit Sicherheit nachzuweisen. Ein offenes „non liquet" ist immer einem unberechtigt sicheren Urtheile vorzuziehen.

Auch die British medical Association hat sich bei ihrer Jahressitzung in Newcastle im August 1893 mit der Frage nach den traumatischen Neurosen beschäftigt. Byrom Bramwell (2) hatte das Referat. Nach der Lage der englischen Gesetzgebung kommen hier wesentlich die Railway accidents in Betracht. In England scheint, trotz Page, die Ansicht, dass es sich in der übergrossen Mehrzahl dieser Fälle um allgemeine Neurosen und nicht um organische Verletzungen des Centralnervensystemes handelt, noch nicht Allgemeingut der Aerzte geworden zu sein, jedenfalls muss man das schliessen aus den weitläufigen, dabei aber auch heute noch recht lesenswerthen Erörterungen B.'s, durch die er einerseits das Fehlen der Symptome der Railway spine bei wirklich organischen Verletzungen und andererseits das Fehlen sicherer Symptome organischer Verletzungen bei Railway spine zu beweisen sucht. Diese Erörterungen nehmen den grössten Raum in B.'s Referate ein. Im Uebrigen steht er in Beziehung auf die traumatischen Neurosen ganz auf dem Standpunkt der deutschen Autoren, bez. dem Page's, ohne allerdings einen von diesen oder auch französische Autoren zu citiren. Er führt auch an, dass ein grosser Theil der Symptome der Railway spine neurasthenischer oder hysterischer Natur sei, doch seien nicht alle Formen der traumatischen Neurosen unter diese Gruppen zu subsumiren. In einer Tabelle giebt er eine sehr ausführliche Uebersicht über alle Symptome (hier wiegen entschieden die neurasthenischen vor). In ganz seltenen Fällen von Railway accident könnten auch wohl organische Läsionen des Rückenmarkes vorkommen, diese Fälle gehören dann aber in eine andere Kategorie. Charakteristisch für die Auffassung des Krankheitsbildes von Seiten B.'s ist folgender Satz: Die Kohlengräber erleiden sehr häufig Erschütterungen des Rückens durch herabfallende Kohlen. Bisher sollen sie, wie auch andere Arbeiter, in England aber *nie* oder sehr selten in Folge dessen eine traumatische Neurose bekommen. Bis jetzt haben diese Leute in England keine Entschädigungsansprüche. Byrom Bramwell „wagt nun vorherzusagen", dass, wenn diese Arbeiter durch Gesetz Entschädigungsansprüche bei Verletzungen erhielten, auch bei ihnen die traumatischen Neurosen sich einstellen würden. Das stimmt mit den Angaben von Page, dass auch bei den Beamten der Eisenbahn, die in England nicht berechtigt sind, Entschädigungen zu verlangen, die traumatischen Neurosen selten seien. Nach den Erfahrungen in Deutschland wird man wohl der Prophezeihung B.'s sich anschliessen können. *Fraglich ist nur, ob die englischen Kohlenarbeiter wirklich keine traumatischen Neurosen haben, oder ob sie nur nichts davon sagen, da das ihnen ja doch nichts nützte.* Nach den Erfahrungen des *Ref.* und vieler Anderer (s. u. 19) über traumatische Neurosen in Fällen ohne jede Entschädigungsansprüche, ist das letztere sehr wahrscheinlich.

In der Diskussion schlossen sich alle Redner der Ansicht B.'s von der funktionellen Natur der gewöhnlichen Fälle von Railway spine an. Einige Redner, wie Clifford Allbutt (2) und Buzzard (2), hoben mit besonderer Schärfe das häufige Vorkommen und die Wichtigkeit des Nachweises von Simulation hervor.

In Eulenburg's encyklopädischen Jahrbüchern hat Seeligmüller (3) eine ausführliche, die vorhandene Literatur in eingehendster Weise berücksichtigende Arbeit über die Unfallsnervenkrankheiten geliefert. Der Aufsatz ist im Ganzen eine Art kritischer Uebersicht der Literatur vom Standpunkte S.'s aus, oder, wie der Autor selbst sagt, „leider nur eine Mosaikarbeit, in welcher die Anschauungen der einzelnen Autoren vielfach wie schwarze und weisse Felder von einander abstehen". Anerkennen muss man, dass S. sich redliche Mühe gegeben hat, unparteiisch zu sein; fraglich ist nur, ob das, wenn überhaupt, möglich ist, wenn man der ganzen Frage gegenüber eine so extreme Stellung einnimmt, wie der Autor. Schon in der Einleitung behauptet er wieder, Strümpell und Oppenheim hätten in „der traumatischen Neurose" eine Krankheit sui generis beschrieben, *die es nicht gäbe.* Nachdem beide Autoren jetzt *nachdrücklich* erklärt haben, dass sie daran nicht gedacht, müsste man diese Erklärung doch endlich anerkennen. Die *glänzende* Bestätigung der Meinung S.'s von der Häufigkeit der Simulation durch Hoffmann hat doch durch die Arbeit Ebstein's (siehe vorigen Bericht) etwas von ihrem Glanze verloren. Ueberhaupt berichtet S. über die Frage so, wie es mit ihr etwa zur Zeit des Berliner Congresses stand. Seitdem aber haben sich doch die Anschauungen sehr geklärt und geändert. S. bespricht dann die einzelnen von Oppenheim aufgestellten Symptome der traumatischen Neurose: zuerst die sogenannten objektiven, Anästhesien, Gesichtsfeldeinengungen, Herzneurosen und Psychosen, dann die mehr subjektiven, z. B. Appetitlosigkeit, Zittern u. s. w. Er kommt dabei zu folgenden zwei vernichtenden Schlüssen: „Als Resumé der bis jetzt geführten Controverse über die diagnostische Bedeutung der Anästhesie und der concentrischen Gesichtsfeldbeschränkung für die „traumatische Neurose" dürfen wir hinstellen, dass beide Symptome als objektive und nicht simulirbare Kriterien nicht zu bezeichnen sind" und ferner: „Somit ist die Existenzberechtigung einer besonderen Unfallnervenkrankheit, die man als „die traumatische Neurose" bezeichnen könnte, durch nichts erwiesen. *Denn was bleibt von dem Symptomenbilde der trauma-*

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

tischen Neurose noch als feststehend übrig, wenn keines der angegebenen Symptome sich als mit Sicherheit vorhanden und als nicht simulirbar herausstellt." Die Gründe, durch die S. zu diesen vernichtenden Urtheilen kommt, sind in den früheren Aufsätzen des *Ref.* so eingehend besprochen und widerlegt worden, dass das hier nicht Alles wiederholt werden kann. Nur auf Einzelnes muss eingegangen werden. S. meint, die Häufigkeit der Anästhesien bei den traumatischen Neurosen, die er übrigens bestreitet, lasse sich nicht aus der Annahme erklären, dass es sich hier um Hysterie handele, denn sonst müsse die Hysterie bei Männern nahezu eben so häufig sein, wie bei Frauen. Das könne er aber nicht anerkennen. Nun, Andere, P. Marie z. B., sind dieser von S. verworfenen Ansicht. In Beziehung auf die Gesichtsfeldeinengungen behauptet S. vom *Referenten*, er habe unter 8 Fällen 7mal eine concentrische Einengung gefunden: es ist das nur ein Druckfehler und muss 4mal heissen, aber für den *Ref.* kein *harmloser* Druckfehler, da man aus einem so enormen Procentverhältniss leicht Schlüsse gegen die Zuverlässigkeit dieser und der übrigen Angaben des *Ref.* machen könnte. *Ref.* hat schon im vorigen Berichte festgestellt, dass der Procentsatz der Gesichtsfeldeinengungen bei grösserer Menge des Materials auch bei ihm noch weiter heruntergegangen sei. Bei aller Anerkennung der genauen Arbeiten Wilbrand's, die für die Wichtigkeit und Objektivität des Symptomes der Gesichtsfeldbeschränkung sprechen, will S. doch noch die Erfahrungen anderer Augenärzte abwarten. Die liegen aber schon vor: z. B. von Pflüger, Schlösser (16) und Topolanski (13) [s. unten] und bestätigen Wilbrand's Angaben. Wenn aber S. dann schliesst, die Gesichtsfeldeinengungen, wie auch die Anästhesien könnten, gerade wenn Wilbrand's Angaben Bestätigung fänden, nicht mehr als charakteristisches Symptom für die traumatischen Neurosen angesehen werden, da W. sie ja auch bei allerlei anderen Neurosen gefunden habe, so ist das doch ein etwas falscher Schluss: *die Symptome beweisen eben mit einer gewissen Objektivität, dass eine Neurose, speciell die Hysterie, vorhanden ist;* ob diese vom Trauma abhängt, ist dann eine zweite Frage. Für die Herzbeschleunigung führt S., abgesehen von der Angst der Simulanten vor Entdeckung, Tabak- und Alkoholmissbrauch in's Feld, was ja gewiss für einen Theil der Fälle stimmen kann, aber doch lange nicht für alle. Die psychische Depression der Unfallverletzten trete vielfach erst dann ein, wenn Verlust oder Einschränkung einer ausgiebigen Rente drohe. *Auch gewöhnliche Rentiers pflegten melancholisch-hypochondrisch zu sein, wenn Miethsertrag oder Zinsgenuss eine Weile unter der gewohnten Höhe bleibe. Soll das ein Witz sein?* Schliesslich könnten die psychischen Symptome auch simulirt werden. Appetitlosigkeit würde vorgetäuscht, Zittern vielfach simulirt: es käme nur in Betracht, wenn es constant wäre, auch wenn der Kranke sich unbeobachtet glaube [?!]. Ebenso könne auf die Erhöhung der Sehnenreflexe nach neueren Erfahrungen nicht mehr viel Gewicht gelegt werden.

Der Ausdruck „traumatische Neurose" im Singular sei ganz zu streichen, aber auch den Plural könne man entbehren. Die wirklich nach Unfällen vorkommenden Neurosen seien vollkommen unter die bisher schon bekannten zu subsumiren. Darin stimmt S. also mit der Ansicht fast aller Autoren überein. Die Prognose sei weniger schlecht, als wie man zuerst angenommen. Schliesslich hebt S. noch hervor, dass doch eine selbst sicher nachgewiesene Anästhesie oder Gesichtsfeldeinengung nicht ohne Weiteres die Arbeitsfähigkeit aufhebe. Das ist richtig, aber auch in dieser Behauptung liegt nach Ansicht des *Ref.* ein falscher Schluss. *Die Arbeitsfähigkeit ist aufgehoben, weil die Kranken an einer allgemeinen nervösen Erkrankung leiden und die diskutirten Symptome sind nur ein Beweis für dieses Leiden; nicht aber das Leiden selbst.* Ausführlich bespricht S. dann auch noch die Simulation, die er nach wie vor für sehr häufig hält. Er bringt dafür von ihm selbst und Anderen erlebte Geschichten, zum Theil mit direktem Betrug. Auf den springenden Punkt der Frage (die Schwierigkeit des Nachweises der Simulation, das Subjektive in der ganzen Frage) geht er wenig ein. Seine recht düsteren Anschauungen von der Ehrlichkeit unseres Volkes vermag *Ref.* nicht ohne Weiteres zu theilen. Gegen die auch von Strümpell (1) vertretene Ansicht, dass man auch die Leumundszeugnisse der Pat. in Betracht ziehen solle, hat *Ref.* (1) sich schon in Wiesbaden gewandt; wir würden uns damit auf nichtärztliche Gebiete wagen und zunächst ist doch einmal zuzugeben, dass auch der grösste Lump krank werden kann. Seeligmüller (3) geht aber darin insofern noch weiter, als er behauptet, dass günstige Leumundszeugnisse auch nicht viel bewiesen. Er will also, wie es scheint, auf sie nur etwas geben, wenn sie schlecht sind. Um die Simulation möglichst wirksam zu bekämpfen, sei die Hauptsache der Bau von Unfallkrankenhäusern. Kliniken und andere Krankenhäuser seien Hochschulen der Simulation. Auch erkennten die Berufsgenossenschaften jetzt die Nothwendigkeit solcher Krankenhäuser an; diese sollen nach Ansicht des *Ref.* in der Hauptsache aber doch anderen Zwecken dienen, als der Simulantenentlarvung. Eine besondere Wichtigkeit könnten sie, wie S. mit Recht hervorhebt, dadurch erlangen, dass sie auch Reconvalescentenheime würden, in denen die Kranken wieder an die Arbeit gewöhnt würden und bis zur vollen Herstellung verblieben. In Summa S. ist unbelehrbar.

Bertololy (4), der sich früher schon (siehe vorigen Bericht) eingehend mit den traumatischen Neurosen beschäftigt hat, hat dem Vereine pfäl-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

zischer Aerzte wiederum ein Referat über dieses Thema geliefert. Es hält sich, wie B. erklärt, im Wesentlichen an die Verhandlungen des Wiesbadener Congresses, und zwar besonders an das Referat Strümpell's. Neues bringt es in Folge dessen nicht, aber einzelne Theile, so der über psychische Grundlagen der traumatischen Neurosen, ferner der über die Simulation, sind gut geschrieben. Einzelne falsche Bemerkungen wären wohl zu verbessern. Der Hysterie weist B. eine zu hervorragende Stellung unter den traumatischen Neurosen an; dass die Anfänge der Neurasthenie und der Melancholie sich *in nichts* von der Hysterie unterscheiden lassen, ist ein Irrthum. Auch die Stellung Oppenheim's zur heutigen Auffassung des Wesens der traumatischen Neurosen ist schief dargestellt, es besteht hier gar kein principieller Gegensatz.

Vibert (5) bringt unter Benutzung einer reichen eigenen Casuistik eine sehr lesenswerthe Abhandlung über die traumatischen Neurosen im Allgemeinen, die für den deutschen Leser um so interessanter ist, als sie sich vielfältig, und zwar, wie es scheint, ohne direkt von ihnen beeinflusst zu sein, mit den deutschen Anschauungen deckt. Zunächst gebraucht der Autor den Ausdruck „traumatische Neurosen", den er für praktisch hält, weil er besonders den Richtern viel verständlicher sei, als der der „traumatischen Hysterie, Hysteroneurasthenie" u. s. w. Er theilt dann die traumatischen Neurosen in 3 Abtheilungen: die hysterische Form, die Forme commune und eine dritte Form, in der einzelne Symptome so sehr überwiegen, dass diese Fälle dadurch ein eigenartiges Gepräge bekommen. Interessant ist es, *dass V. die Fälle reiner Hysterie für sehr selten hält; so reine Fälle, wie Charcot, habe er überhaupt nicht gesehen. Selbst in seinem reinsten Falle fehlte eine Sensibilitätstörung, nur in einem einzigen Falle hat er typische Hemianästhesie beobachtet.* Die häufigste Form ist nach V. eine im Wesentlichen neurasthenische: mit Kopfdruck, melancholischer Depression, Angst, Unruhe, schlechtem Schlaf, Asthenopie, Dyspnöe, Dyspepsie, Herzpalpitationen. Die hysterischen Symptome treten hier zurück, doch kommen Gesichtsfeldeinengungen vor. In der 3. Gruppe (hervorragende Einzelsymptome) unterscheidet V. eine cardiale (sehr beschleunigte Herzthätigkeit), eine dyspnoische Form, die sehr selten ist, und eine delirirende (Délire im Sinne der Franzosen [= Wahn] gebraucht), wobei er aber das Delirium als einen „trouble surajouté" ansieht. Auch hier bestehen nebenbei, wenn auch manchmal sehr herabgemindert, die allgemeinen Störungen der traumatischen Neurosen, z. B. Gesichtsfeldeinengungen.

Stimmen diese Angaben in sehr erfreulicher Weise zu denen, die in Deutschland jetzt gängig sind, so nimmt dagegen in Beziehung auf die Aetiologie V. (5) einen besonderen Standpunkt ein, der sich wieder mehr der älteren Anschauung von materiellen Verletzungen als Grundlage der traumatischen Neurosen nähert. Er gründet diese seine Ansichten auf seine 2. Form, die Forme commune der traumatischen Neurosen, indem er die Fälle reiner oder fast reiner Hysterie, deren Aetiologie in Bezug auf die Art der Verletzung eine sehr wechselnde ist, hier ausschliesst. Nach seinen Erfahrungen kommen nähmlich diese traumatischen Neurosen (siehe 5) fast nur nach solchen Verletzungen vor, mit denen eine schwere physikalische Erschütterung des Nervensystems verbunden war, so nach Unfällen auf der Eisenbahn oder mit Wagen, bei Fall aus der Höhe, bei Explosionen u. s. w. und nicht oder sehr selten nach Stich- oder Schussverletzungen, Raufereien, Strangulationen oder Selbstmordversuchen (in letzterer Beziehung sind andere Autoren, z. B. Möbius, anderer Ansicht). Da nun die psychische Emotion in beiden Fällen dieselbe sein kann, ja in den Fällen der 2. Kategorie, z. B. nach Mordversuchen, häufig wohl noch stärker sein wird, als in denen der ersten, so kann diese nach V.'s Ansicht nicht die hervorragende Rolle spielen, die ihr von mancher Seite zugeschrieben wird. Manchmal fehlt sie sogar ganz, z. B. wenn das Unglück unvorhergesehen eintrat und der Pat. gleich bewusstlos wurde, und doch besteht typische Neurose; in anderen Fällen kommt diese gerade nicht zu Stande, wo die Emotion sehr stark war, z. B. nach Eisenbahnunfällen. Für die Rolle, die die physikalische Erschütterung spielt, sollen die Häufigkeit traumatisch-neurotischer Erscheinungen nach schweren Kopfverletzungen, z. B. Basisfrakturen, ebenso die Fälle, wo zunächst nur Erschütterung des Rückenmarkes, zum Theil sogar mit groben organischen Läsionen, bestanden habe und erst später cerebrale Erscheinungen hinzutraten, sprechen. Für letzteres Verhältniss bringt V. einen sehr klaren Fall, er steht damit in Widerspruch zu Byrom Bramwell (siehe oben). Eine Prädisposition sei zur Erlangung der traumatischen Neurose nicht nöthig und fehlt nach V. (in Uebereinstimmung mit Oppenheim und Möbius) in den meisten Fällen, die V. gesehen. Das Trauma und eventuell die Emotion genügen. War eine Prädisposition da, so handelte es sich meist um Hysterie. Doch brauchen vorher Hysterische nach einem Trauma nicht die hysterische Form der traumatischen Neurose zu bekommen, sie können auch an der gewöhnlichen Form ohne Beimischung hysterischer Elemente leiden, wofür V. zwei schöne Beispiele bringt. Die Arbeit V.'s ist sehr lesenswerth, in dem über die Aetiologie handelnden Theile allerdings wohl sehr diskutirbar; eine Kritik dieses Theiles aber zu geben, hiesse den ganzen Weg, den die Lehre von den traumatischen Neurosen von Erichsen bis heute zurückgelegt hat, nochmal zurücklegen.

Coombs Knapp (6) giebt in einem vor der amerikanischen neurologischen Gesellschaft gehal-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

tenen Vortrage über die traumatischen Nervenaffektionen einen „vorläufigen" Versuch zu einer Eintheilung. Er stützt sich auf 90 eigene Beobachtungen. Die ohne Weiteres klaren Fälle schwerer Verletzungen des Gehirns oder des Rückenmarks und ihrer Hüllen oder der peripherischen Nerven werden zwar erwähnt, aber nicht weiter besprochen, so dass der Vortrag *im Ganzen* über diejenigen Krankheitzustände handelt, die von den deutschen Autoren als traumatische Neurosen zusammengefasst sind. Kn. macht in der Einleitung den Deutschen den Vorwurf, nur „die traumatische Neurose", den Franzosen, nur „die traumatische Hysterie" anzuerkennen, ein Vorwurf, der bei genauer Kenntniss der Literatur auch im Jahre 1892, in welches Kn.'s Vortrag fällt, nicht erhoben worden wäre. Er selbst will seine Fälle nicht nach vorgefasster Meinung eintheilen, sondern sie individuell betrachten und im einzelnen Falle eine möglichst genaue Diagnose zu stellen suchen. Er theilt die in Betracht kommenden Fälle ein in die eigentlichen Neurosen, besonders Neurasthenie und Hysterie, und in organische Läsionen, wobei hier, wie gesagt, nur die leichteren oder diffusen, im Ganzen diagnostisch schwierigen organischen Affektionen, bei denen man in der differentiellen Diagnose zwischen organischen und funktionellen Leiden oft in Zweifel sein wird, in Betracht kommen. Kn. hat ebenso wie Vibert (5), im Gegensatze zu den deutschen und den meisten französischen Autoren, sowie im Gegensatze zu Page und Byrom Bramwell entschieden das Bestreben, eine grössere Anzahl der hier in Betracht kommenden Fälle wieder auf eine organische Grundlage zurückzuführen. Principiell muss nun zunächst gesagt werden, dass, wenn solche organische Affektionen vorkommen, sie doch mit den Neurosen nichts zu thun haben und in ein ganz anderes Gebiet gehören. Doch stösst man, wie *Ref.* zugiebt, da zuweilen auf fast unlösbare differentielldiagnostische Schwierigkeiten und auch in praktischer Beziehung (bei der Begutachtung u. s. w.) kommen einem diese verschiedenen Fälle stets nebeneinander vor. Es mag deshalb *vorläufig* nichts dagegen einzuwenden sein, wenn man die Fälle von traumatischer Lumbago (Page) und ebenso *solche* Fälle, die mit Wahrscheinlichkeit auf leichteren diffuseren, aber organischen Verletzungen des Gehirns und des Rückenmarks beruhen, und für die Knapp den Namen „cerebral und spinal concussion" beibehalten will, den eigentlichen traumatischen Neurosen anreiht. Aber das Vorkommen solcher Fälle erkennt auch Strümpell (1) an und hat es immer anerkannt, ebenso Byrom Bramwell (2), das ist also nichts Neues. Auch eine Serie anderer Fälle, die Knapp (6) mit dem sicher nicht geschickt gewählten Namen „diffuse oder disseminirte cerebrospinale Sklerose" bezeichnet, und die ihrer Symptomatologie nach dem vasomotorischen Symptomencomplexe Friedmann's (13) oder den Fällen entsprechen, in denen Oppenheim eine fortschreitende Arteriosklerose annimmt, die ja auch von Sperling und Kronthal, Bernhardt und Kronthal, sowie Friedmann anatomisch nachgewiesen ist, mögen hier noch einen Platz finden, obgleich sie auch nach ihrer klinischen Erscheinung sich wohl schon von den Neurosen trennen lassen. Protest aber muss dagegen erhoben werden, dass Knapp in dieser Kategorie auch Fälle unterbringt, in denen Differenz und träge Reaktion der Pupillen, Fehlen und Differenz der Patellarreflexe bestand, oder sogar einen Fall, in dem es sich um progressive spinale Muskelatrophie handelte. Hier kann doch über die organische Natur der Leiden kein Zweifel sein und eine Vermischung dieser Dinge mit den Neurosen droht die ganze mühsam erworbene Ordnung und Klarheit wieder zu zerstören. Nebenbei gesagt, will *Ref.* keineswegs dazu rathen, diese *Ordnung* um *ihrer selbst willen* zu erhalten; er hält sie aber für wohl begründet und wenn man sie angreifen will, muss man es jedenfalls mit besseren Gründen und klareren Argumenten thun, als Knapp sie anführt. In Beziehung auf die eigentlichen klaren und unbezweifelbaren Neurosen decken sich Knapp's Ausführungen mit denen fast aller deutschen Autoren. Er nimmt Neurasthenie, Hysterie und Hysteroneurasthenie an. Die Hypochondrie wirft er offenbar mit der Neurasthenie in einen Topf. Auch hier macht er wieder den deutschen Autoren den Vorwurf, dass sie wenig oder gar nicht von traumatischer Neurasthenie redeten, was, wie die Literatur beweist, entschieden unrichtig ist. Seine Ausführungen über Aetiologie und Symptomatologie dieser Neurosen bieten nicht gerade Neues, sind aber entschieden lesenswerth. Im Gegensatze zu Vibert (5) weist er der psychischen Emotion in der Aetiologie der eigentlichen Neurosen einen hervorragenden Platz an, während diese in seinen Fällen von traumatischer Lumbago, „spinal and cerebral concussion" und „disseminated sclerosis" keine Rolle spielen soll. Typische reine Hysterie hält er wie Vibert für selten. Die Prognose sei im Allgemeinen schlecht. Die sogenannten Processsymptome von Page erkennt er nicht an, da seine Pat. ohne Entschädigungsansprüche, deren er eine grosse Zahl sah, sich nicht von denen unterschieden, die solche Ansprüche machten. Simulation sei sehr selten (siehe auch 20). Knapp sagt in dieser Beziehung: „Ich bin Pessimist genug, um zuzugeben, dass viele Personen den guten Willen hätten, eine Gesellschaft zu beschwindeln, wenn sie könnten, aber ich glaube, dass wenige geschickt genug sind, um solche Dinge mit Erfolg gegenüber einer gründlichen Untersuchung eines Neuropathologen zu simuliren." (Schluss folgt.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

C. Bücheranzeigen.

13. **Atlas der topographischen Anatomie des Menschen.** *Für Studierende und Aerzte;* von Prof. Karl v. Bardeleben u. Dr. Heinrich Haeckel in Jena. Jena 1894. Gustav Fischer. Gr. 8. 128 grösstentheils mehrfarb. Holzschnitte u. 1 lithographische Doppeltafel. Mit erläuterndem Text. (15 Mk.)

Der Mangel an guten, handlichen und nicht zu theuren Handbüchern, der vor noch nicht zu langen Jahren auf vielen Gebieten der Medicin lebhaft empfunden wurde, hat in der letzten Zeit einem bedeutenden Ueberflusse Platz gemacht. Namentlich für die praktischen Fächer der Medicin sind eine ganze Anzahl grösserer, kleinerer und kleinster Lehr- und Handbücher geschrieben worden, so dass einem die Wahl schon schwer werden kann.

Auch das praktisch so wichtige Gebiet der topographischen Anatomie, das noch bis vor wenigen Jahren in der deutschen Literatur recht stiefmütterlich behandelt wurde, hat seither eine Reihe von zum Theil ausgezeichneten Lehrbüchern aufzuweisen, von denen allerdings die Mehrzahl das Hauptgewicht auf den Text legt. Die wenigen in der deutschen Literatur vorhandenen topographisch-anatomischen Atlanten nehmen theils zu wenig Rücksicht auf die praktischen Bedürfnisse, theils verhindern ihr Umfang und der hohe Preis, dass sie auch nur entfernt in dem Maasse Gemeingut der Aerzte und Studirenden geworden sind, wie es zu wünschen wäre. Aber gerade für das Studium der topographischen Anatomie, mag es mehr von rein anatomischen, oder mehr von praktischen, chirurgisch-operativen Gesichtspunkten ausgehen, sind möglichst klare und naturgetreue Zeichnungen nicht zu entbehren; sie bilden die beste Unterstützung der unmittelbaren Anschauung des frischen topographischen Präparates an der Leiche.

Der vorliegende, in handlichem Format erschienene Atlas der topographischen Anatomie des Menschen, zu dessen Abfassung sich ein Anatom und ein Chirurg zusammengethan haben, entspricht ganz entschieden einem wirklichen Bedürfnisse. Die 128, grösstentheils mehrfarbigen Holzschnitte, die mit wenigen Ausnahmen nach frischen Präparaten gezeichnet sind, zeigen eine grosse Naturtreue und eine hervorragend schöne Ausführung. Der für das broschirte Exemplar auf nur *15 Mark* festgesetzte Preis ist für das ausgezeichnet ausgestattete Werk sehr gering zu nennen und wird demselben eine möglichst weite Verbreitung sichern.

P. Wagner (Leipzig).

14. **Die Parasiten des Menschen und die von ihnen herrührenden Krankheiten.** *Ein Hand- und Lehrbuch für Naturforscher und Aerzte;* von Rud. Leuckart. 2. Auflage. I. Bd. 5. Lief. Leipzig 1894. C. F. Winter'sche Verlagsh. 8. VIII S. u. S. 441—736 mit 118 Holzschnitten. (9 Mk.)

Die vorliegende 5. Lieferung behandelt die Trematoden (Fortsetzung: Distomum, Monostomum, Amphistomum, Bilharzia) und die Hirudineen, ihre Charakteristik, Diagnose, Lebensweise, systematische Beziehungen und Anatomie. Aus dem reichen Inhalt, welcher nicht nur die neuesten Erscheinungen in der Literatur kritisch sichtet, sondern zahlreiche eigene oder von L.'s Schülern (besonders von Dr. Loos) gemachte Forschungen und Beobachtungen enthält, seien nur einzelne Punkte hervorgehoben.

Das *Distomum ophthalmobium* von Gescheidt ist nach L. die noch unbestimmte Jugendform einer Distomumart; ebenso ist das *Monostomum lentis* von Nordmann noch zweifelhaft und den „verirrten" Entozoën zuzurechnen. Das *Amphistomum*, welches besonders bei Pferden in Indien ausgebreitete gefährliche Seuchen veranlasst, ist als eine besondere Species „Gastrodiscus" seit 15 Jahren daselbst vereinzelt auch beim Menschen beobachtet worden. Die Jugendform verwandelt sich in den als Zwischenwirthe dienenden Planorbiden in eine Sporocyste, in der sich in beschränkter Anzahl Radien entwickeln, aus denen wiederum Cercarien hervorgehen. Die *Bilharzia*, von der früher nur die B. haematobia des Menschen bekannt war, kommt auch als B. crassa bei Pferden, Schafen und Rindern auf Sicilien und in Indien massenhaft vor. Bemerkenswerth ist, dass das Weibchen nicht nur zur Zeit und zum Zwecke der Copulation in dem Canalis gynaecophorus des Männchens sich aufhält, sondern während der grössern Zeit seines Lebens, wie es scheint zum Zwecke der Fortbewegung, da ihm die beim Männchen vorhandenen Kriechwärzchen fehlen. Die verschiedene Bewaffnung der Eier mit Endstachel und mit Seitendorn scheint für deren weitere Entwicklung in den Blutgefässen, bez. in den Geweben, von Bedeutung zu sein. Die Angabe von Sonsino, wonach die Entwicklung der Bilharzia ohne Generationswechsel im Zwischenwirth vor sich geht, wird durch die Forschungen von Dr. Loos in Zweifel gestellt. Im Anhang behandelt L. die Ordnung der *Hirudinei*, welche für den Arzt in Hinblick auf den medicinischen Blutegel von besonderer Wichtigkeit sind, aber nur zum Theil gleich den ektoparasitischen Trematoden als stationäre Schmarotzer auf der Haut von Wasserthieren leben, zum Theil dagegen sich im Freien aufhalten und ihre Wirthe nur zeitweilig besuchen, um ihr Nahrungsbedürfniss zu befriedigen. Dieser Uebergang vom parasitischen zum räuberischen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Leben drückt sich auch im ganzen Körperbau des Thieres aus. Dieser, sowie der anatomische Bau ist für den Zoologen von Fach im höchsten Grade interessant und wird von L. besonders eingehend (über $^2/_3$ des ganzen Heftes umfassend) behandelt; hier möge es genügen, den dafür sich interessirenden Arzt darauf hingewiesen zu haben.

H. Meissner (Leipzig).

15. **Beiträge zur Lehre vom Stoffwechsel des gesunden und kranken Menschen;** von Prof Dr. Carl v. Noorden. Heft II. Berlin 1894. August Hirschwald. 8. 154 S. (4 Mk.)

Dieses 2. Heft enthält 9 von v. N.'s Schülern ausgeführte Stoffwechseluntersuchungen.

I. *Ueber die Beziehungen von Fett und Kohlehydraten zum Eiweissumsatz des Menschen;* von B. Kayser.

K. bespricht die Frage, ob das Fett oder die Kohlehydrate dem Körper besser Eiweiss ersparen, und zeigt, dass das Eiweiss (beim Hunde) durch Kohlehydrate energischer als durch Fett vor Zerfall geschützt wird.

Beim Diabetiker, bei dem die zugeführten Kohlehydrate wieder als Kohlehydrat ausgeschieden werden, hat man schon lange neben Eiweiss reichlichen Fettgenuss empfohlen, um die Eiweisszersetzung zu vermindern. Exakte Versuche hierüber aber sind meist zu Ungunsten der Eiweissfettdiät ausgefallen, allerdings sind diese Untersuchungen noch nicht zahlreich genug.

K. stellte nun einen Versuch an sich selbst an (der erste derartige am Menschen), und zeigt, dass auch im menschlichen Organismus das Fett weit weniger geeignet ist, den Eiweissbestand des Körpers zu erhalten, als isodyname Mengen von Kohlehydraten.

II. *Ueber Harnsäureausscheidung beim gesunden Menschen unter verschiedenen Ernährungsverhältnissen;* von Dr. Carl Dapper.

Die Frage, ob die Menge der ausgeschiedenen, Harnsäure in einem bestimmten Verhältniss zur Grösse des Eiweissumsatzes, bez. der N- oder Harnstoffausscheidung steht, ist zwar vielfach bearbeitet, aber nur wenige Untersucher haben dabei zuverlässige Harnsäurebestimmungsmethoden gebraucht. Die meisten dieser neueren Untersucher sind der Meinung, dass die Menge der ausgeschiedenen Harnsäure der des ausgeschiedenen Harnstoffs nicht parallel gehe.

Als Beitrag zur Lösung der Frage stellte D. theils Versuche an sich selbst, theils an einem anderen Individuum an. Drei Selbstversuche wurden mit sehr eiweissreicher, an Fett und Kohlehydraten armer Nahrung angestellt, ein Versuch mit gewöhnlicher, etwas eiweissärmerer, an Fett und Kohlehydraten reicherer Kost.

Der Antheil des Stickstoffes, welcher als Harnsäure erschien, war in verschiedenen Perioden verschieden gross. Die Harnsäureausscheidung war im Verhältniss am grössten, als D. am wenigsten Fleisch, dagegen um so mehr Fett und Kohlehydrate genoss. Die Ergebnisse der anderen Versuche sind ähnlich, wie die der Selbstversuche.

III. *Ueber die Mischung der N-Substanzen im Harn bei Krankheiten;* von Dr. Fr. Friedrichsen.

Es wird tabellarisch Material über dies Thema zusammengestellt.

IV. *Ueber alimentäre Glykosurie in Krankheiten und über puerperale Laktosurie;* von Dr. Georg Zülzer.

Im Hungerzustande scheint nach Z. und nach v. Noorden die Assimilationsgrenze für Traubenzucker beim Menschen nicht auffallend tiefer gerückt zu sein. (Es wurden 100 g Laktose, bez. 150 g Glykose gegeben.) Bei Leberkrankheiten scheint alimentäre Glykosurie mindestens sehr selten zu sein. Bei dyspnoischen Zuständen kommt es nach Z. und nach Anderen nur sehr selten zur Zuckerbildung, auch bei starker Zufuhr desselben. Bei Nervenkrankheiten kommt hin und wieder alimentäre Glykosurie zur Beobachtung. Aus verschiedenen Untersuchungen bei Wöchnerinnen kommt Z. zu dem Schlusse, dass im puerperalen Organismus die Fähigkeit der Gewebe, Milchzucker zu zersetzen, vermindert sein müsse. Daher kommt es bei Wöchnerinnen leicht zu Laktohämie und Laktosurie, und bei Darreichung von Milchzucker leichter zu Laktosurie als bei anderen Frauen. Daher entsteht bei Wöchnerinnen auch leicht bei Darreichung grosser Traubenzuckermengen Laktosurie, weil die Gewebe dann den Traubenzucker dem in geringer Menge im Blute kreisenden Milchzucker vorziehen.

V. *Ueber den Stoffwechsel bei Entfettungskuren;* von Dr. Carl Dapper.

Bei allen Entfettungsmethoden findet ein ziemlich beträchtlicher Grad von Unterernährung statt. Beim Nichtfettleibigen wird bei Unterernährung nicht nur Fett, sondern auch Eiweiss vom Köper abgegeben. Es wäre in therapeutischer Hinsicht nicht sehr erfreulich, wenn es sich beim Fettleibigen ebenso verhielte. Dies Letztere ist auf Grund von Versuchen von Hirschfeld behauptet worden.

D. kommt auf Grund von Selbstversuchen zu dem Resultat, dass ein starker Fettverlust bei Schonung des Eiweissbestandes zu erreichen ist. Allerdings war dies nicht in jedem Versuche zu erreichen. Es spielen hier noch unbekannte Faktoren mit.

VI. *Ueber Fleischmast beim Menschen;* von Dr. B. Krug.

Kr. zeigt durch einen Selbstversuch, der in Uebereinstimmung mit Thierversuchen anderer Untersucher steht, dass der Organismus sich unter dem Einflusse starker Ueberernährung bedeutend an Eiweiss bereichern kann. Ob es sich aber um Aufstapelung von Reserveeiweiss oder um echte

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Fleischmast handelte, das muss vorläufig noch dahingestellt bleiben.

VII. *Ueber Gicht;* von Dr. L. Vogel.

V. hat an 3 Gichtkranken Untersuchungen über Eiweissumsatz, Nahrungsresorption, Harnsäureausscheidung und Mischung der N-Bestandtheile im Harn angestellt.

Bei jedem Kranken fand sich, obwohl die Kost und der Ernährungzustand keinen Anlass dazu gaben, eine Periode bedeutender Stickstoffretention, neben Perioden von Stickstoffgleichgewicht und sogar Stickstoffabgabe. Dies wechselnde Verhalten zeigt, dass die Stickstoffwerthe des Harns beim Gichtkranken nicht, wie beim Gesunden, den Gang der Eiweisszersetzung wiederspiegeln, sondern dass zeitweise Aufstapelung und Wiederentleerung von stickstoffhaltigen Eiweisszerfallstoffen stattfinde.

Das Nahrungsfett wurde gut resorbirt, der Stickstoff anscheinend schlecht. Wahrscheinlich sind aber die hohen Stickstoffzahlen im Koth nicht der Ausdruck für schlechte Resorption, sondern für sehr reichliche Sekretion der Darmsäfte.

Die Harnsäuremenge des Harns war meist normal, nur in einem Versuche stieg sie beträchtlich an.

In Folge von Harnstoffverminderung erhalten häufig die anderen Stickstoffsubstanzen im gichtischen Harne das Uebergewicht.

VIII. *Untersuchungen über den Stoffwechsel während der Menstruation;* von Dr. Theodor Schrader.

Die Versuche und Beobachtungen von Schr. lehren Folgendes. Zur Zeit der Menstruation wird in Harn und Koth weniger Stickstoff ausgeschieden, als ausserhalb derselben, wenn auch die Nahrungszufuhr derart ist, dass sie keine Schwankungen der Stickstoffbilanz bedingen kann.

IX. *Versuch über die Ausnutzung der Nahrung bei Leukämie;* von Dr. Wilh. Spirig.

Bei einem Leukämiker ergab sich eine schlechtere Ausnützung von Eiweiss und Fett, als beim Gesunden. Aehnliches war schon von anderen Untersuchern bei Leukämie beobachtet.

V. Lehmann (Berlin).

16. **Versuch einer Theorie der septischen Krankheiten.** *Auf Grund von experimentellen Untersuchungen;* von Dr. Alexander Marmorek in Wien. Stuttgart 1894. F. Enke. Gr. 4. 131 S. (8 Mk.)

Die jüngste medicinische Generation verfolgt nach den Ideen Pasteur's und Koch's Mittel und Wege, den Menschen vor ansteckender Krankheit zu bewahren, oder noch mehr, den bereits erkrankten Körper siegreich zu machen in dem Kampf mit den eingewanderten Krankheitskeimen. Diesem Streben verdankt auch diese Arbeit (nach M.'s eigenen Worten) ihr Entstehen. Als Ziel schwebt ihm vor *die Heilung der septischen Infektion.* Da aber der Bekämpfung eines Leidens dessen genaueste Erkenntniss vorausgehen muss, und letztere gerade auf dem grossen Gebiet der Wundkrankheiten eine lückenhafte und wenig einheitliche ist, so müsste die „septische Infektion" in ihrer ganzen Entwickelung und in ihrer Wirkung erst genauer studirt werden.

Die Resultate dieser eingehenden Studien legt M. in der vorliegenden Arbeit nieder. Es würde anmaassend sein, in einem Referat auch nur annähernd genau über den Gang dieser Studien und Untersuchungen, über den Reichthum neuer anregender Ideen berichten zu wollen, nur die Grundzüge der Untersuchung und die wichtigsten Ergebnisse wollen wir kurz anführen.

In der Hauptsache giebt M. eine pragmatische Geschichte der septischen Infektion, die eine einheitliche Auffassung aller damit zusammenhängenden Einzelprocesse der Erkrankung erstrebt.

„Jede Infektionskrankheit ist der klinische Ausdruck des Verhältnisses, das zwischen dem eingedrungenen Mikroorganismus (dem Reiz) und der Reaktion des angegriffenen Körpers besteht. Aus dem Verhältniss des Inficiens zum Infectum bildet sich die Krankheit und deren Symptome aus."

Als *Erreger* der septischen Infektion sieht M. nur den *Streptococcus pyogenes* und den *Staphylococcus pyogenes aureus* an. Ersterer ist der gefährlichere, seine Virulenz ist grösser und seine Valenz eine höhere, er findet unter allen Eitererregern den geringsten Widerstand im Thierkörper. Weiter wird eine *Prädisposition* der einzelnen Organe für Bakterienansiedelung bei den vielen Impfversuchen mit verschieden virulentem Material festgestellt. Diese Thatsache von der Prädilektion der Organe bei den Mykosen gründet sich auf den Reichthum der Organe an antibakterieller Kraft. Den Nachweis des *antibakteriellen Verhaltens* vieler *Organe* hat eine Reihe namhaft gemachter Arbeiten festgestellt. So finden sich im *Blutserum Alexine,* Substanzen, welche auf die Bakterienzellen und ihre Gifte schädigend wirken. Die Schutzstoffe scheinen aber nicht nur im Blutserum, sondern in den *Blutzellen* selbst zu liegen, bez. aus ihrem Zerfall gebildet zu werden. Viel reicher an antibakterieller Kraft als das Blut sind aber die *lymphoiden Organe* (Lymphdrüsen, Milz, Thymus und Knochenmark). Durch den Reichthum an Alexinen können sich diese Organe der Einwanderung und Vermehrung der Parasiten leicht erwehren, sobald die Kokkeninvasion nicht ein Uebermaass erreicht. Man findet die lymphoiden Organe meist fast frei von Kokken, während diese in den Nieren, der Leber und im Darm vorhanden sind.

Ausser dem Reichthum an latenten Alexinen wirken auch die Blutvertheilung und der anatomische Bau des Organes antibakteriell. In dem Kampf zwischen Parasit und Wirth ändert sich ferner auch die Virulenz des ersteren und diese Aenderung hat dann auch eine Bedeutung für die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Form des Krankheitsbildes. Zahlreiche Thierversuche ergaben verschiedene Krankheitsbilder, je nachdem mit sehr vielem und stark virulentem Kokkenmaterial geimpft wurde oder mit viel und weniger virulentem oder mit wenig und stark virulentem Material. Gleichzeitig tritt auch eine Verschiedenheit zwischen künstlicher Infektion beim Thier und natürlicher beim Menschen vor Augen. Um eine der menschlichen septischen Erkrankung ähnliche Form beim Thier hervorzurufen, braucht man bei letzterem eine unverhältnissmässig grosse Menge von Kokkenmaterial. Beim Menschen erfolgt die Infektion ausnahmelos durch minimale Mengen sehr virulenter Bakterien. Bei ihm kommt es aber neben *der Virulenz der Bakterien auch auf den Ort der Infektion an.* Der Mensch besitzt eine *Reihe von Schutzorganen* zur Abwehr gegen die Mikroorganismen. M. theilt dieselben in verschiedene Grade ein. Als Schutzorgan erster Ordnung nennt er die *Haut.* Hier sind es die viel umstrittenen Grawitz'schen Schlummerzellen, welche durch das in die Cutis eingedrungene Bacterium zur Entwickelung gebracht werden und in der Hauptsache an der Bildung der *kleinzelligen Infiltration* theilnehmen. Diese Zellen, welche die Bakterien am weiteren Vordringen hindern, haben denselben antibakteriellen Werth wie die lymphoiden Zellen. Das Zellinfiltrat wirkt gegen die Bakterien mechanisch und chemisch, in letzterer Weise als Filter, welches die Bakterien, sobald sie das Infiltrat durchdringen, in ihrer Wirkung abschwächt. Dieselben Eigenschaften wie die Zellen des Infiltrats, haben auch die *Epi-* und *Endothelzellen.* Beweiskräftig sind hierfür die Experimente zur Erzeugung der Peritonitis. Das Peritonaeum erwies sich als sehr resorptionsfähig, sein Endothel besitzt die Fähigkeit, die Virulenz der Bakterien mechanisch und chemisch abzuschwächen, sobald es intakt bleibt und die Giftigkeit der Bakterien nicht von vornherein zu gross ist. Dieselbe Schutzkraft besitzen die Endothelien der *Meningen* und der *Pleura,* ferner das Epithel des *Magen-Darmkanals* und der *Respirationsorgane.*

Wie schon erwähnt, können die Schutzorgane erster Ordnung zu schwach sein gegen die Menge und Virulenz der eindringenden Mikroorganismen, oder diese behalten trotz Infiltration und Eiterung ihre Virulenz. Gelangen sie dann in das Bindegewebe, so finden sie in der reichen Zellvermehrung desselben einen weiteren Widerstand, durchbrechen sie auch diesen, so gelangen sie in die *Lymphbahnen und Lymphdrüsen.* Diese nennt M. *Schutzorgane zweiter Ordnung* und er schildert auf Grund von klinischen Beobachtungen und Experimenten die antibakterielle Kraft der Lymphdrüsen. Auch in ihnen wird den Bakterien durch Zellvermehrung ein mechanischer Widerstand entgegengesetzt und neben der mechanischen Aktion findet auch eine chemische statt. *Ein Schutzorgan dritter Ordnung* ist das *Blut,* aber nur dann, wenn die ersten beiden Schutzvorrichtungen den in's Blut gelangten Mikroorganismus schon abgeschwächt haben, sonst ist die antibakterielle Kraft des Blutserum und der Blutzellen zu gering, um dem direkt eingedrungenen Gift genügend zu widerstehen. Die Schwere der Infektion kann die Schutzvorrichtungen von vornherein lähmen, es kann auch das eine oder das andere der Schutzorgane ausfallen und so das Fortschreiten der Infektion erleichtert werden.

Aus seinen Untersuchungen zieht M. den Schluss, „dass man alle jene Krankheiten, welche man zu den septischen zählt, nicht blos ätiologisch als *eine* auffassen muss und dass ein und dasselbe Bacterium alle Formen erzeugen kann, sondern dass auch die klinischen Bilder sich voll und ganz von demselben ätiologischen Standpunkt aus erklären lassen". Das, was man als septische Intoxikation, Infektion (Mykose) und Pyämie trennt, ist nichts Anderes, als die Folge der Infektion, vornehmlich des Streptococcus pyogenes und seltener des Staphylococcus aureus. Diese Krankheiten sind die drei Grade eines und desselben Vorganges, sie stehen miteinander in enger Verbindung und können ineinander übergehen. M. geht dann noch näher auf die septische Intoxikation, die Sepsis und Pyämie ein, schildert die Entstehung der Metastasen. Er verlangt von den septischen Bakterien die Fähigkeit, alle Phasen der Erkrankung, vom kleinen Furunkel bis zur Pyämie, hervorrufen zu können, auch müssen die Bakterien Eiterung an allen Körperstellen erzeugen. Alle nicht pyogenen Bakterien gehören nicht zu den septischen und die von ihnen erzeugten Krankheiten müssen aus der Reihe der septischen ausgeschieden werden. *Erysipel, Phlegmone* und *Carbunkel* sind Formen der Septikämie, welche sich im Schutzorgan erster Ordnung abspielen, *Lymphangitis* und *Lymphadenitis* jene im Organ zweiter Ordnung, *Sepsis* und *Pyämie* jene im dritten Schutzorgan.

Dies ist in Kürze der Gedankengang der interessanten, anregenden Arbeit, die zu ihrer Vollendung einer Fülle von Literaturstudien und Experimenten erforderte. Ref. kann das Studium derselben allen Fachgenossen angelegentlichst empfehlen. Donat (Leipzig).

17. **Beiträge zur Entzündungslehre.** *Eine historische Studie;* von Dr. Julius Weiss. Leipzig u. Wien 1893. F. Deuticke. 8. 76 S. mit 2 Abbildungen. (2 Mk.)

Die vorliegende historische und gleichzeitig auch polemische Studie, die der Vf. S. Stricker gewidmet hat, beschäftigt sich mit den Ergebnissen der mikroskopischen Erforschung der Gewebe, die den Grundstein der Entzündungs- und Eiterungslehre bilden.

Die Arbeit ist in folgende Abschnitte eingetheilt: Die Emigrationslehre; die cellulare Entzündungslehre; Zelle und Zwischensubstanz; neuere

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Beiträge zur Zellen- und Entzündungslehre. W. vertritt die Anschauungen Stricker's und seiner Schüler. P. Wagner (Leipzig).

18. **Die Geschichte der Diphtherie.** *Mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre;* von Stabsarzt Dr. Behring. Leipzig 1893. Georg Thieme. Gr. 8. VII u. 208 S. (4 Mk.)

B. hat die gesammte Literatur seit Bretonneau, die von Geh.-Rath Lewin auf das Sorgfältigste gesammelt und B. zur Verfügung gestellt war, verwerthet, so dass wir einen zusammenhängenden, kritisch höchst werthvollen Ueberblick über die Geschichte der Diphtherie erhalten.

Zuerst lesen wir noch einmal den offenen Brief Bretonneau's an die Herren Blache und P. Guersant aus dem Jahre 1855. Daran schliesst B. eine historisch-kritische Uebersicht über die epidemiologischen, klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtungen. In einem dritten Capitel giebt er uns die Geschichte der ätiologischen Untersuchungen, sodann eine historisch-kritische Uebersicht über die klinischen Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen, betreffend die Heilung und Verhütung der Diphtherie, weiter erörtert er die wissenschaftlichen Voraussetzungen der Blutserumtherapie, bespricht und klassificirt die bisher bekannt gegebenen Methoden der Diphtherie-Immunisirung, sowie die Bedingungen, unter welchen die Immunisirung gegenüber der Diphtherie sich vollzieht, und endlich das Diphtherieheilserum und seine Eigenschaften.

In einem Schlusswort hebt B. die Zuverlässigkeit aller experimentell gewonnenen Resultate hervor, sowohl in Bezug auf die Diagnose der Infektionskrankheiten, wie auf ihre Heilung und Verhütung. Die aus der Statistik gezogenen Schlussfolgerungen dagegen werden immer schwankend und lückenvoll bleiben. Nowack (Dresden).

19. **Compendium der Arzneiverordnungslehre für Studirende und Aerzte;** von Prof. R. Kobert. 2. erweiterte Auflage. Stuttgart 1893. Ferd. Enke. 8. XII u. 364 S. mit 121 Abbild. (7 Mk.)

Die wichtigste Verbesserung der 2. Auflage gegenüber der ersten und zahlreichen anderen Arzneiverordnungslehren besteht in der Einreihung von 121 meist sehr zweckdienlichen Abbildungen, wodurch der Verleger dem Buche einen entschiedenen Vorsprung vor seinen Concurrenten verschafft hat. Ein Lehrbuch der Receptirkunde, welches 320 Seiten stark ist, dürfte aber wohl über die Bezeichnung „Compendium" hinausgewachsen sein. Der Sammelfleiss K.'s hat wieder eine solche Menge Details in dem kleinen engbegrenzten Gebiet zusammengebracht, dass das „Compendium" viel eher als Nachschlage- und Handbuch zu gebrauchen sein dürfte. Die ausgiebige Berücksichtigung aller auf den medicinischen Markt geworfenen neuen und oft ganz ephemeren Präparate der chemischen Industrie, an denen der Name oft das werthvollste ist, hat das Volumen des Buches und damit auch seinen Preis in einer dem Absatz weniger vortheilhaften Weise vergrössert; ausserdem wird das Ansehen der Arzneimittellehre leiden, denn Erwähnung solcher Spekulations-Präparate von Seiten eines Autors, bei dem man mit Recht ernste Wissenschaftlichkeit voraussetzt, bedeutet in den Augen des Praktikers immer eine gewisse Empfehlung und da der in den Namen versprochene Erfolg oft genug versagen wird, werden die praktischen Aerzte allen solchen Neuerungen bald mit Recht ein allgemeines Misstrauen entgegenbringen.

Für die hoffentlich bald nöthige 3. Auflage wäre daher eine möglichst radikale Kürzung auch obsoleter Arzneiformen vorzunehmen, wenn anders das Buch der auf dem Titel und in der Vorrede zur ersten Auflage ausgesprochenen Absicht auch für den Studirenden als erste Einführung in das nur sekundäre Bedeutung besitzende Fach der Receptirkunde zu dienen wirklich genügen soll. Der in solchem Falle vielleicht von mancher Seite wegen Unvollständigkeit erhobene Vorwurf, wäre in Wahrheit als ein Lob zu bezeichnen.

H. Dreser (Bonn).

20. **Ordinationsformeln aus der Syphilis-Abtheilung;** von E. Lang. Wien 1892. Josef Safář. Kl. 8. 36 S. (1 Mk. 50 Pf.)

Die 2. unveränderte Auflage der Lang'schen Receptformeln scheint uns ihren Zweck, den jüngeren Collegen und solchen, die dem Specialgebiet ferner stehen, ein willkommener Rathgeber zu sein, zu erfüllen. Wermann (Dresden).

21. **Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde;** herausgegeben von A. Eulenburg. Wien u. Leipzig 1894. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8.

Von der 3. Auflage der Real-Encyklopädie sind schon der 1. und der 2. Band erschienen (20 Lieferungen). Aus den Aufsätzen des 1. Bandes heben wir heraus „Abortus", „Accommodation", „Aconit", „Actinomykosis", „Akklimatisation", „Albuminurie", „Amputation", „Amyloid", „Aneurysma", aus denen des 2. „Aphasie", „Apotheke", „Arbeiterhygiene", „Arsen", „Arteriosklerose", „Asthma", „Augenanatomie", „Bacillus", „Basedow'sche Krankheit". Manches ist neu bearbeitet, manches ist ganz neu geschrieben, manches freilich fast gar nicht verändert. Eine gewisse Ungleichmässigkeit ist natürlich nicht zu vermeiden und muss bei den vielen Vorzügen des Werkes mit in Kauf genommen werden. Redaktion.

22. **A Textbook of the theory and practice of medecine;** by American teachers, edit. by Will. Pepper. Vol. II. Philadelphia 1894. W. B. Saunders. Gr. 8. 1046 pp.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Den 2. Band des P.'schen Handbuches eröffnet eine von W. Welch geschriebene Abhandlung über die Biologie der Bakterien und die Immunität. Dann folgen die sog. Constitutionskrankheiten, die von H. M. Lyman bearbeitet sind, die Krankheiten des Blutes von W. Osler, die Krankheiten des Herzens und der Blutgefässe von Pepper, die Krankheiten der Nase, des Kehlkopfes, der Bronchen und der Pleura von J. C. Wilson, die Krankheiten der Lungen und die der Nieren von Fr. Delafield, die Krankheiten des Mundes, des Oesophagus, des Magens und der Därme von Pepper, endlich die des Peritonaeum, der Leber und des Pankreas von R. H. Fitz. Die Namen der Vff. bürgen für die Güte der Arbeiten.

Redaktion.

23. **Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten**; von Prof. Adolf Strümpell. I. Band: *Akute Infektionskrankheiten, Respirations- und Cirkulationsorgane.* 8., neu bearbeitete Auflage. Leipzig 1894. F. C. W. Vogel. Gr. 8. VIII u. 576 S. (12 Mk.)

Die neueste Auflage des „Strümpell" stellt sich in verändertem Gewande und in veränderter Anordnung des Inhaltes dar. Der I. Band war gar zu umfangreich geworden, es sind deshalb die Krankheiten der Digestionsorgane aus ihm herausgenommen und mit dem 2. Theile des I. Bandes zu einem II. Bande vereinigt, während die Krankheiten des Nervensystems den III. Band bilden.

Die gründliche Durcharbeitung des I. Bandes zeigt, dass Strümpell nach wie vor mit unermüdlichem Eifer bestrebt ist, sein mustergültiges Buch auf der Höhe zu erhalten und dass er sich der Verantwortlichkeit wohl bewusst ist, die für ihn in der ausserordentlichen Verbreitung und Bedeutung seines Werkes liegt. Dippe.

24. **Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes. Mit Einschluss der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.** *Für praktische Aerzte und Studirende;* von Dr. Albert Rosenberg, 1. Assist. an d. k. Univ.-Poliklinik für Hals- u. Nasenkranke in Berlin. Berlin 1893. S. Karger. Gr. 8. VIII u. 329 S. mit 178 Abbild. u. 1 lithogr. Tafel. (8 Mk.)

Das Buch besteht aus 3 Abtheilungen, von denen die erste die Krankheiten der Mundhöhle, die zweite die des Rachens und die dritte die des Kehlkopfes und in einem kurzen Anhange die Trachealstenosen enthält. Jeder der Abschnitte zerfällt in einen allgemeinen und einen speciellen Theil. In dem allgemeinen Theile werden Anatomie, Physiologie, allgemeine Symptomatologie und Pathologie und in der 2. und 3. Abtheilung auch die Diagnostik und die allgemeine Therapie des betreffenden Körperabschnittes sehr eingehend besprochen. Der specielle Theil giebt die wichtigeren Krankheitsformen in ausführlicher Darstellung, daneben aber auch eine kürzere Besprechung aller seltener zur Beobachtung kommenden Krankheitsbilder. Die Darstellung ist kurz und scharf, so dass sich das Buch recht gut dazu eignet, den praktischen Arzt und den Studirenden rasch über einzelne Capitel zu orientiren.

Zahlreiche wohlgelungene Abbildungen illustriren zum Theil das über die normale und pathologische Anatomie der Theile im Text Gesagte, zum Theil stellen sie die zur Untersuchung und Behandlung der Abschnitte gebräuchlichen Instrumente dar. Eine farbige Tafel zeigt verschiedene Krankheitsbilder des Rachens und des Kehlkopfes.

Rudolf Heymann (Leipzig).

25. **Die Erkrankungen des Kehlkopfes.** *Ein kurzgefasstes Lehrbuch für Aerzte und Studirende;* von Dr. Carl Fr. Th. Rosenthal in Berlin. Berlin 1893. A. Hirschwald. Gr. 8. 372 S. mit 68 Fig. im Text. (8 Mk.)

Den im Jahre 1892 erschienenen „Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums" desselben Verfassers (vgl. Jahrbb. CCXXXVI. p. 97) ist jetzt der 2. Theil nachgefolgt, der sich mit den Krankheiten des Kehlkopfes beschäftigt. Das früher über den 1. Theil Gesagte, dass das Buch seinen Zweck, den praktischen Arzt und den Studirenden in das Gebiet einzuführen, gut erfüllen wird, gilt auch vom 2. Theil.

Die Eintheilung des Stoffes ist im vorliegenden 2. Theile ganz übereinstimmend mit der im 1. Theile. Nach einem 36 Seiten umfassenden und bis in das Jahr 1697 zurückreichenden Literaturverzeichniss folgen Abschnitte, die sich mit der Anatomie, der Physiologie und den Untersuchungsmethoden des Organs beschäftigen. In der Schilderung der Untersuchungsmethoden hat Ref. eine Besprechung der für die Besichtigung der Vorderfläche der hinteren Kehlkopfwand so werthvollen Kilian'schen Untersuchung bei stark vornübergebeugtem Kopf vermisst, die auch in dem Abschnitt über Kehlkopftuberkulose mit keinem Worte erwähnt wird. Es folgen die entzündlichen Erkrankungen des Kehlkopfes und deren Folgezustände, wobei auch die Kehlkopfaffektionen, die im Anschluss an akute Krankheiten auftreten, besprochen werden, während Syphilis, Phthisis, Lupus, Lepra, Rotz und Sklerom des Kehlkopfes in einem besonderen Abschnitte als constitutionelle Erkrankungen behandelt werden. Dann kommen Capitel über Missbildungen, Verletzungen, Geschwülste des Kehlkopfes und Fremdkörper im Kehlkopfe. In dem „Störungen im Gebiete der Nerven des Kehlkopfes" überschriebenen Abschnitte werden die motorischen Störungen in hyperkinetische, hypokinetische und Coordinationstörungen eingetheilt. Wie das Buch überhaupt vielfache Anklänge an das vorzügliche Gottstein'sche Buch über Kehlkopfkrankheiten zeigt, so bringt es zum Schluss auch noch ein

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

kurzes Capitel über die Funktionstörungen des Kehlkopfes im Verlaufe einiger Krankheiten des centralen Nervensystems.

Rudolf Heymann (Leipzig).

26. **Handbuch der Kinderkrankheiten**; herausgegeben von Dr. C. Gerhardt. Nachtrag III: *Die Krankheiten der Thymusdrüse;* von Dr. C. Hennig, Prof. d. Medicin in Leipzig. Tübingen 1893. Laupp'sche Buchh. Gr. 8. VII u. 47 S. mit 4 Abbild. (1 Mk. 20 Pf.)

H. bespricht im vorliegenden dritten Nachtrage zu Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten die Anatomie, Physiologie und Pathologie der Thymusdrüse, ein schwieriges Unternehmen bei der Unklarheit, welche zur Zeit noch über die Bedeutung des Organs besteht. Von den Erkrankungen werden behandelt die Hypertrophie und im Anschluss daran das vielumstrittene Asthma thymicum, das Lipom, die Atrophie, Anämie, Hyperämie, Entzündung, sowie die Syphilis, die Tuberkulose und die bösartigen Geschwülste.

Brückner (Dresden).

27. **Ueber Kinderernährung und Diätetik**; von Doc. Dr. L. Unger in Wien. Sond.-Abdr. aus der Wien. med. Presse 16—30. 1893. Wien u. Leipzig 1893. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 43 S. (1 Mk.)

Die vorliegende Schrift ist eine übersichtliche Zusammenstellung von Bemerkungen über die Ernährungsphysiologie und Diätetik des Säuglingsalters. Diese Bemerkungen entstammen den Vorlesungen, welche U. über Hygieine und Diätetik des Kindesalters an der Wiener Universität gehalten hat. Der Werth des Werkchens liegt in der Darstellung der neuesten Ansichten über die Säuglingsernährung, wie sie sich nach den Ergebnissen der modernen Forschung herausgebildet haben. Zum Schlusse werden einige Winke über die Ernährung älterer Kinder gegeben.

Brückner (Dresden).

28. **Arbeiten aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinder-Krankenhause in Berlin.** II. Band. Stuttgart 1893. F. Enke. Gr. 8. 350 S. (11 Mk.)

Der Band, welcher einen Sonderabdruck aus dem Archiv für Kinderheilkunde (Bd. XVI. 3—6. 1893) bildet, ist vom Herausgeber, Prof. Baginsky, Virchow zu seinem 50. Doktorjubiläum gewidmet. Er giebt dem Leser eine Vorstellung von der vielseitigen Thätigkeit der am Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinder-Krankenhause wirkenden Aerzte, von den Anregungen, zu welchen das reiche zu Gebote stehende Material Anlass bietet. Nach einleitenden Bemerkungen Baginsky's über technische Verbesserungen im Krankenhause folgen Mittheilungen Desselben über Influenza, akuten Gelenkrheumatismus und Malaria. Die chirurgische Abtheilung bringt neben einem allgemeinen, technischen und casuistischen Theil von Prof. Gluck Arbeiten über Pentalnarkose, über die Chirurgie des Schläfenbeins, über Erysipel und eine interessante Abhandlung von Gluck über Fremdkörpertherapie, bekanntlich ein Lieblingsgebiet dieses Autor. Daran reihen sich Untersuchungen über Aetiologie der Diphtherie, über pathologische Anatomie und klinische Pathologie der Diphtherieniere, über Scharlachnephritis und über chirurgische Eingriffe bei Scharlach. Den Schluss bildet ein Bericht über Stoffwechseluntersuchungen an kranken Kindern.

Brückner (Dresden).

29. **Der venerische Katarrh, dessen Pathologie und Therapie**; von Prof. Eduard Lang in Wien. Wiesbaden 1893. J. F. Bergmann. Gr. 8. IX u. 178 S. mit Abbild. (4 Mk. 80 Pf.)

Das Buch bildet den Schluss der Vorlesungen über die venerischen Krankheiten. Zur Einführung in das Studium der so wichtigen Erkrankung sehr geeignet, schildert es in übersichtlicher und ausführlicher Weise die Gonorrhöe beim Manne, beim Weibe und im Kindesalter. Die Einleitung bildet die geschichtliche Darstellung der Kenntniss des venerischen Katarrhs. Es folgt alsdann die Lehre vom Gonococcus, welche in den Vordergrund gestellt ist und den Ernst der Erkrankung, die häufig nicht blos in Laienkreisen noch als harmlos betrachtet wird, genügend hervorhebt. Sache der Aerzte wird es sein, in dieser Hinsicht aufklärend zu wirken. Die Phimose und Paraphimose, der Katarrh der männlichen Urethra, die Entzündung der Blase und des Nierenbeckens, der Prostata, des Vas deferens, des Hodens und Nebenhodens, sowie Peri- und Paraurethritis sind eingehend geschildert. Es folgt der venerische Katarrh beim Weibe; die Vulvitis, Urethritis, Cystitis, Pyelitis, Peri- und Paraurethritis, ferner die Entzündung der Bartholini'schen Drüse, der Vagina, des Uterus und seiner Anhänge. Den Begleitkrankheiten der Gonorrhöe, der Arthritis, den Herzerkrankungen u. s. w. ist ein Capitel gewidmet, ebenso der extragenitalen Infektion, dem Katarrh im Kindesalter, den venerischen Papillomen. Den Schluss bildet eine ausführliche Darstellung der Behandlung, insofern sie der praktische Arzt mit Erfolg ausüben kann, während die specialistische instrumentelle Behandlung, sowie auch die Endoskopie der Harnröhre, zu deren Ausführung L. ein von ihm construirtes Urethroskop angiebt, eine kürzere Besprechung erfährt.

Es entspricht somit das Werk den Anforderungen, welche man an ein in das Studium der Gonorrhöe einführendes Lehrbuch stellen muss, und kann zu diesem Zwecke empfohlen werden.

Wermann (Dresden).

30. **Sehproben**, zusammengestellt von Dr. Albrand. Leipzig 1893. Hartung u. Sohn (G. M. Herzog). Gr. 4. 4 Tafeln. (3 Mk. 20 Pf.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

A. hat zu leicht handlichem Gebrauch die bekannten Sehproben auf einzelnen Tafeln zusammengestellt. Bei der raschen Abnutzung der Sehproben in Buchform ist es ganz praktisch, dass A. die Leseproben auf einer Tafel mit dunklem Rahmen umgeben liess. Wir finden die *Snellen*'schen Buchstaben, die *Burchardt*'schen Punktproben und ausserdem für Analphabeten Hakenfiguren nach *Snellen*, und zwar die Hakenfiguren nicht mit Strichen im rechten, sondern im spitzen Winkel.

Lamhofer (Leipzig).

31. **Ueber Transformation der Knochen**; von A. Lorenz. [Klin. Zeit- u. Streitfragen VII. 3.] Wien 1893. Alfred Hölder. Gr. 8. S. 87—118.

Die Arbeit, welche L. selbst „eine Kritik des „Wolff'schen Transformationsgesetzes" nennt, hat den Zweck, den abweisenden Standpunkt L.'s gegenüber den von Wolff in seiner umfassenden Arbeit: „Das Transformationsgesetz der Knochen" aufgestellten Theorien zu begründen. Wolff kam bekanntlich zu der Ueberzeugung, dass alle Knochendeformitäten ohne Ausnahme als funktionelle Anpassungen der Knochen an veränderte statische Inanspruchnahme aufzufassen sind, dass also Maass und Richtung des pathologischen Knochenwachsthums durch den trophischen Reiz der Funktion begrenzt werden. Demgegenüber hält L. an der alten Hueter-Volkmann'schen Druck- und Belastungstheorie fest, wonach jeder ungleich oder einseitig belastete Knochen schliesslich keilförmig deformirt werden muss; diese Keilbildung ist keine funktionelle Anpassung, sondern im Gegentheil gerade eine Insufficienz der Anpassung.

Als klinische Beweisgründe gegen die Drucktheorie hatte Wolff die bei ausgewachsenen Individuen auftretenden Druckdeformitäten, ferner die congenitalen Skoliosen, sowie die bei unaufhörlich bettlägerigen Kranken auftretenden Skoliosen und die in Folge von Caput obstipum entstehenden Schädeldeformitäten angeführt. Demgegenüber betont L., dass allerdings der wachsende Knochen sich leichter deformire, dass also die Wachsthumsvorgänge unzweifelhaft ein disponirendes Moment zur Deformation abgeben. Das Auftreten der Deformitäten bei erwachsenen Individuen stehe mit der Drucktheorie nicht im Widerspruche, denn die primäre Hypertrophie und sekundäre Atrophie als Folge dauernder einseitiger Ueberlastung des Knochens sei von der Evolutions- oder Wachsthumsperiode des Individuum eben so wenig abhängig wie die primäre Hypertrophie und schliessliche Insufficienz des zu dauernder funktioneller Ueberleistung gezwungenen Herzmuskels. Die scharfsinnigen Argumente, mit denen L. auch die anderen von Wolff angeführten Zustände als mit der Drucktheorie vereinbar nachweist, müssen im Original nachgelesen werden, ebenso die Gegengründe, die er gegen die mathematischen Darlegungen von Wolff in's Feld führt. Uebrigens macht L. am Schlusse seiner Arbeit selbst darauf aufmerksam, dass in ihren praktischen Consequenzen die Wolff'sche Theorie genau zu denselben Resultaten führe wie die Drucktheorie, es sich also im Wesentlichen um einen rein theoretischen Streit handle. Richter (Berlin).

32. **Etude de chirurgie médullaire (Historique, chirurgie opératoire, traitement)**; par A. Chipault. Paris 1894. F. Alcan. 8. 403 pp. avec 66 figg. dans le texte et 2 planches en chromolithographie hors texte. (14 Mk. 20 Pf.)

Die vorliegende Arbeit bildet den 1. Band eines auf 3—4 Bände berechneten grösseren Werkes über die *Chirurgie des Rückenmarkes*. In diesem 1. Bande werden nach einem kurzen *geschichtlichen Ueberblicke über die Rückenmarkschirurgie die operative Technik* und die verschiedenen *Indikationen* für operative Eingriffe am Rückenmark besprochen. Unter Beibringung eines ausserordentlich reichhaltigen casuistischen Materials erörtert Ch. auf das Eingehendste die Möglichkeiten, bei Verletzungen, bei Tuberkulose und bei Tumoren der Wirbelsäule, bez. des Rückenmarks operativ vorzugehen.

Wir werden nach dem Erscheinen der weiteren Bände dieses Werkes ausführlicher auf dasselbe zu sprechen kommen. P. Wagner (Leipzig).

33. **Ueber die Perforation des Blinddarm-Wurmfortsatzes**; von Dr. Herzfelder in München. Berlin 1893. Heuser. Gr. 8. 132 S. (2 Mk.)

H. sucht durch Zusammenstellung von Monographien, Artikeln und Diskussionen den derzeitigen Stand der Auffassung der Perforation des Processus vermiformis von Seite der Chirurgen und der inneren Mediciner, besonders die Frage, ob und wann ein operativer Eingriff zweckmässig ist, klarzustellen. E. Ullmann (Wien).

34. **Compendium der Geburtshülfe**; von Dr. J. Heitzmann. Wien 1894. Moritz Perles. Gr. 8. 371 S. mit 150 Holzschnitten. (10 Mk.)

Das vorliegende Werk soll als Ergänzung des früher (Jahrbb. CCXXXIII. p. 105) besprochenen „Compendium der Gynäkologie" desselben Verfassers dienen, von welch' letzterem H. in dem Vorwort mittheilt, dass es „namentlich in Studentenkreisen grossen Beifall fand". H. hatte bei Abfassung dieses „Compendium der Geburtshülfe" das Bestreben, „den an der Wiener Schule herrschenden Anschauungen Ausdruck zu geben", fügt aber hinzu, dass „im Allgemeinen und in allen wichtigen Fragen volle Uebereinstimmung mit den deutschen Autoren besteht."

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Dem H.'schen Werke fehlt jedes originelle Gepräge, obwohl es für ein Compendium sehr umfangreich ist. Dass es an *deutschen* Hochschulen viel Anklang finden werde, bezweifelt Ref., da dem „deutschen" Studenten, wenn Ref. den vom Autor angenommenen Gegensatz zur „Wiener Schule" beibehalten darf, bereits Lehrbücher zu Gebote stehen, welche an Umfang und Preis dem H.'schen Compendium etwa gleich, aber ihrem Inhalt, ihrer Sprache und ihrer Ausstattung nach demselben bei Weitem vorzuziehen sein dürften. Ref. hat hier ganz besonders das kürzlich in 2. Auflage erschienene Lehrbuch der Geburtshülfe von Max Runge im Auge, welches allen an ein kurzes Lehrbuch zu stellenden Anforderungen in mustergültiger Weise entspricht.

Wenn sich H. über die Symphyseotomie in der Privatpraxis folgendermaassen ausspricht (p. 306): „Gegenüber dem relativ indicirten Kaiserschnitt kommt, besonders für die Privatpraxis, die verhältnissmässig geringere Gefährlichkeit der Symphyseotomie, ihre leichte Ausführbarkeit, das einfache Instrumentarium: Skalpell, geknöpftes Sichelmesser, Instrumente zur Naht und Blutstillung, in Betracht"; so steht diese Auffassung mit den thatsächlichen Schwierigkeiten wohl ebenso sehr wie mit den Ansichten der Wiener Schule in Widerspruch. Der Wigand-A. Martin'sche Handgriff wird p. 267 als Wigand-Winckel'scher Handgriff aufgeführt, obwohl F. Winckel seiner Zeit selbst diese Bezeichnung als unzutreffend zurückgewiesen hat.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

35. **Zur Behandlung des Abortus,** *für den praktischen Arzt;* von Dr. A. Czempin, Frauenarzt in Berlin. Berlin 1894. Boas u. Hesse. 8. 40 S. u. 1 Abbild. (1 Mk.)

Die Behandlung des Abortus ist für den in der allgemeinen Praxis stehenden Arzt von besonderer Wichtigkeit, da dessen Hülfe in derartigen Fällen ungemein häufig in Anspruch genommen wird. Es ist deshalb ein dankenswerthes Unternehmen von C., die je nach dem Stadium des Aborts völlig verschiedenen Behandlungsweisen desselben kurz und klar darzustellen.

C. bespricht zunächst die verschiedenen Ursachen des Aborts, wobei besonders auf einige weniger bekannte ätiologische Momente aufmerksam gemacht wird. Bei einer grossen Zahl Erstgebärender liegt nach C. die Ursache des Aborts „in einer mangelhaften Entwicklung des Fruchthalters, des Uterus, sowie der gesammten inneren Genitalien, welche wiederum die Folge einer allgemeinen Entwicklungsstörung des ganzen Körpers zur Zeit der Pubertät ist". Eine weitere, noch wenig bekannte Ursache des Aborts sind bei Mehrgebärenden die bindegewebigen Fixationen des Uterus mit seiner Umgebung, welche dessen Entwicklung als Fruchthalter behindern; in ähnlicher Weise machen die Cervix-Scheidenrisse oder die Cervix-Laquearnarben Erscheinungen.

Bezüglich der Behandlung trennt C. beginnende Aborte, unvollendete, bez. verschleppte Aborte und vollendete Aborte mit Schleimhautblutungen.

Beim *beginnenden Abort* empfiehlt C. zunächst abwartendes Verfahren, eventuell bei Blutungen Jodoformgazetamponade der Vagina und unter Umständen auch der Cervix.

Am häufigsten und gefährlichsten sind die zur zweiten Gruppe gehörigen Fälle, der *unvollendete,* bez. *verschleppte Abort.* Bei genügender Eröffnung empfiehlt C. die sofortige manuelle Ausräumung des Uterus; anderenfalls muss die Erweiterung der Uterushöhle mit Hegar'schen Stiften vorausgeschickt werden. Nur bei erweiterter Cervix, d. h. bei jederzeit möglicher Controle durch den in die Uterushöhle eingeführten Finger, ist nach C. die Benutzung der möglichst *stumpf* abgeschliffenen Curette erlaubt; die Anwendung eines auf der Schneidefläche *-scharf* geschliffenen Löffels in dem puerperalen Uterus ist nach C. dagegen absolut zu verbieten.

Die dritte Gruppe, d. h. die *vollendeten Aborte mit Schleimhautblutungen,* erfordert bei Zurückbleiben grösserer Deciduatheile und genügend erweitertem Cervikalkanal die vorsichtige Entfernung der Decidua mit der stumpfen Curette. C. ist jedoch der Ansicht, dass in letzter Zeit die Indikation zur Ausschabung des puerperalen Uterus zu weit gesteckt worden ist, und weist darauf hin, dass auch ohne operativen Eingriff rein diätetisch und medikamentös solche Schleimhautblutungen mit gutem Erfolg zu behandeln sind.

Das C.'sche Schriftchen giebt in leicht verständlich geschriebener Weise ein klares Bild der Therapie des Aborts und sein Studium sei deshalb allen Aerzten empfohlen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

36. **Ueber die Recidive des Uteruskrebses, insbesondere über Impfrecidive;** von Dr. G. Winter in Berlin. Stuttgart 1893. Enke. Gr. 8. 67 S. (3 Mk.)

Die in der Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie erschienene Arbeit liegt hier als Monographie gedruckt vor. W. hat schon in einer früheren Arbeit darauf hingewiesen, dass die Resultate der Carcinomoperationen um so besser werden, je früher die Kranken zur Operation kommen. Er schrieb seiner Zeit (1891) in der Berliner klinischen Wochenschrift „über die Frühdiagnose des Carcinoma uteri" und zeigte, wo die Ursachen für die Verschleppung der Krebsfälle liegen. Seitdem ist die Zahl der operirbaren Kranken stetig gestiegen, sie erreichte im Jahre 1893 43.3%. Neuerdings hat W. die Recidive und ihre Ursachen zu erforschen versucht und schlägt folgende Eintheilung der Recidive des Uteruskrebses vor: 1) *lokale* oder *Wundrecidive,* d. h. die Wiederkehr des Krebses

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

an seinem primären Orte oder im Bereich der bei der Operation gesetzten Wunde; 2) *Lymphdrüsenrecidive,* d. h. die Wiederkehr der Geschwulst in den Lymphdrüsen an irgend einer Stelle des Körpers; 3) *metastatische Recidive,* d. h. die meist auf dem Wege der Blutbahn erzeugte Wiederkehr der Geschwulst in inneren Organen, z. B. Leber, Magen, Lungen, Muskeln, Gehirn.

Nach allen bisherigen Beobachtungen macht der Uteruskrebs sehr selten und sehr spät Metastasen in inneren Organen. W. konnte dies nur bestätigen, vor Allem auch, dass es zu den Ausnahmen gehört, wenn ein *operabler* Uteruskrebs Metastasen macht. Gegen Metastasen im Ovarium kann man sich sichern, wenn man die Ovarien bei der Totalexstirpation des Uterus jedesmal mit entfernt.

Betreffs der Lymphdrüsenrecidive stellte W. zunächst fest, dass Drüsenerkrankungen zu den grössten Ausnahmen gehören, so lange der Krebs noch auf den Uterus beschränkt ist, und dass sie selbst bei erkrankten Parametrien nur in etwa einem Drittel aller Fälle vorkommen. Operirt man also bei freien Parametrien, so wird man reine Lymphdrüsenrecidive kaum zu fürchten haben.

Die erste Drüsenetappe beim Carcinom des Collum und der angrenzenden Scheide sind die Glandulae iliacae, sie liegen dicht unter der Linea innominata, nahe vor der Art. sacro-iliaca. Beim Corpuscarcinom erkranken nicht die Drüsen im Becken zuerst, sondern die über dem Becken auf der Wirbelsäule liegenden Drüsen. Auf die Betheiligung der Beckendrüsen hat man bisher bei der Untersuchung der Uteruskrebse zu wenig geachtet. W. hält dies für falsch. Beim Collumkrebs muss man die Iliakaldrüsen mit untersuchen, die freilich nur in tiefer Narkose sicher zu tasten sind. Findet man sie erkrankt, so ist das Carcinom inoperabel. Ebenso spricht die Schwellung der lumbalen Drüsen bei Corpuscarcinom gegen die Totalexstirpation, da die Drüsen kaum mit zu entfernen sind.

Die *lokalen Recidive* entstehen meist aus kleinen Resten, welche bei der Entfernung des primären Krebses zurückgeblieben sind. W. untersuchte zunächst die Verbreitungswege des Krebses im Beckenbindegewebe und fand, dass der Collumkrebs sich continuirlich im Parametrium verbreitet, dass er keine parametranen Tumoren zu machen pflegt, sondern nur infiltrirte Wandungen von Ulcerationsflächen und dass er die vorderen Abschnitte des Beckenbindegewebes frei lässt.

Als charakteristische Eigenschaften des lokalen Recidivs aus zurückgelassenen Resten stellt W. fest, dass die Recidive in unmittelbarer Nachbarschaft der Narbe beginnen, dass sie klein anfangen und sich nach der Peripherie langsam ausdehnen und dass sie im Allgemeinen den Weg nehmen, wie der ungestört sich ausbreitende Krebs. Diese lokalen Recidive lassen sich nach W. am besten vermeiden, wenn man den Krebs nur dann radikal operirt, wenn die Parametrien noch gesund sind.

Unter *Impfrecidiven* versteht W. solche Recidive, welche aus Krebsmassen, die während der Operation in gesundes Gewebe eingeimpft sind, hervorgegangen sind. Vorausgesetzt wird hier, dass der Krebs gesundes Gewebe inficiren kann, was allerdings bisher noch zu beweisen ist. Klinische und anatomische Beweismittel sind dafür genug vorhanden und W. führt eine grosse Zahl dahingehender Beobachtungen an, welche für Einimpfung von Krebskeimen in gesundes Gewebe sprechen. Die Fälle von Contaktinfektion und die von sekundären Carcinomknoten in Wunden, welche bei der operativen Beseitigung des primären Krebses gemacht wurden, werden ebenfalls von W. als Beweismittel aufgezählt. Endlich gedenkt er der Impfversuche an Thieren und Menschen. Aus allen Beobachtungen geht hervor, dass Krebspartikel, aus dem primären Krebs in gesundes Gewebe desselben Individuum übertragen, weiterwachsen und sekundären Krebs mit allen malignen Eigenschaften erzeugen können.

Hält man an dieser Thatsache der *Infektiosität des Krebses* fest, so ist es nöthig, bei Krebsoperationen die Verschleppung von Krebstheilen in gesundes Gewebe zu vermeiden. W. giebt dazu folgende Vorsichtsmaassregeln an: Man soll den Krebs bei der Operation nicht mit den Fingern berühren; Instrumente, welche mit dem Carcinom in Berührung gekommen sind, dürfen nicht mehr an das gesunde, im Körper zurückbleibende Gewebe herangebracht werden. Reichliche Spülungen mit 1prom. Sublimat- oder 5proc. Carbol-Lösung sollen alle etwa abgelösten Krebstheilchen beseitigen. Man muss sich hüten, das Carcinom zu zerfetzen. Bei Corpus- und Collumcarcinom soll der Uterus ausgespült und der Muttermund vernäht werden. Das Carcinom der Portio soll abgekratzt und mit Sublimat und Thermokauter behandelt werden. Unmittelbar darauf wird nach neuer Desinfektion von Händen und Instrumenten die radikale Operation angeschlossen. Auch bei der Entfernung maligner Ovarialtumoren ist Vorsicht geboten. Verdächtige Tumoren dürfen nicht punktirt, sondern sollen möglichst unzerkleinert entfernt werden.

Betreffs der interessanten Einzelheiten, der Kranken- und Operationsgeschichten wird auf die Originalarbeit verwiesen. Donat (Leipzig).

37. **1) Das Kindbettfieber und die Hebammenfrage**; von Dr. Maisch, prakt. Arzt in Oehringen. Berlin u. Neuwied 1893. Louis Heuser. 8. 41 S. (1 Mk.)

2) Zur Reform des Hebammenwesens in Oesterreich; von Dr. Ekstein, Operateur und Frauenarzt in Teplitz. (Klin. Zeit- u. Streitfragen VII. 7.) Wien 1893. Alfred Hölder. 8. p. 237—276. (1 Mk.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

1) Maisch fasst seine ausführlich auseinandergesetzten Ansichten und Vorschläge am Schlusse seiner Arbeit in 18 Sätzen zusammen, von denen Ref. nur einige wiedergeben will: Die Desinfektion hat bei den Hebammen nach bestimmten Vorschriften zu geschehen. Die Desinfektion sollte, wie für die Hebammen, so auch für den Arzt obligatorisch sein. Bei der Geburt ist die innere Untersuchung auf das Nöthigste zu beschränken. Irrigationen dürfen ohne Anordnung des Arztes nicht gemacht werden, ausser bei Blutungen während oder nach der Geburt. Ein richtiges Verständniss für die hohen Aufgaben, die der Hebammenstand zu erfüllen hat, lässt sich nur erwarten von einem Hebammenstande, der auf höherer Stufe steht, als dies bisher der Fall ist.

Diese nothwendige Hebung des Hebammenstandes will M. durch bessere Auswahl der Hebammenschülerinnen, durch Weiterbildung der Hebammen mittels Repetitionskursen u. s. w., durch bessere Bezahlung, durch Hebammenvereine und durch Gründung von Altersversorgungskassen mit Staatszuschuss erreichen.

Die Ausführungen M.'s enthalten viel Wahres und viel Beherzigenswerthes, wenn auch nicht Alles ganz neu ist. Mit am Wichtigsten in der ganzen Hebammenfrage dürfte wohl die pekuniäre Seite sein; wie oft stehen doch die Anforderungen, welche an die Hebammen gestellt werden, im grellsten Widerspruch zu der gebotenen Bezahlung. Reinlichkeit kostet Geld und in vielen Fällen reicht die dürftige Bezahlung kaum hin, den Aufwand zu bestreiten, welchen die Anti- und Asepsis an Kleidung, Körperpflege u. s. w. von der Hebamme fordert. Hierin ist nach Ansicht des Ref. vor Allem Abhülfe dringend nothwendig.

Einzelnes, was M. in etwas apodiktischer Weise hinstellt, ist doch zweifelhaft. „Mutterkuchen und Eihäute sind zu untersuchen; falls Reste zurückgeblieben sind, müssen solche vom Arzte entfernt werden." Zurückgebliebene Eihautreste zu entfernen, werden aber wohl die wenigsten Aerzte geneigt sein; die meisten überlassen deren Ausstossung zweckmässiger Weise gewöhnlich der Natur. „Jeder Dammriss muss mit aseptischer Seide womöglich sofort genäht werden. Behandlung mit Jodoform." Auch hier wird mancher Arzt nicht mit Unrecht manchmal ein anderes Nahtmaterial, etwa Catgut, und eine andere Wundbehandlung vorziehen.

Für das Wochenbett stellt M. den Satz auf: „Stopftücher sind ganz zu vermeiden, das Vorlegen von Salicylwatte ist auch zu entbehren. Statt dessen wird ein leinenes Tuch wie eine Windel um Hüften und Oberschenkel geschlagen, von dem der Abfluss aufgefangen wird. Dreimal täglich ist das Tuch zu wechseln." Ref. möchte hierzu bemerken, dass dieses Verfahren namentlich in den ersten Wochenbettstagen zur Aufnahme des Lochialsekrets wohl kaum ausreichen dürfte, und dass andere Vorlagen, wie z. B. die von Fritsch empfohlenen ausgekochten, in Sublimatlösung getränkten Stopftücher, welche in der allerersten Zeit ½stündlich gewechselt werden, doch ganz entschieden als antiseptischer Abschluss der Genitalien den Vorzug verdienen.

2) Die Ausführungen Ekstein's sind den eben besprochenen im Grossen und Ganzen sehr ähnlich. Speciell die Verhältnisse in Oesterreich in Betracht ziehend, stellt E. die nachfolgenden Thesen auf:

„Strengeres Vorgehen des Bezirksarztes bei der Auswahl der Hebammenkandidatinnen. Stellung höherer Bedingungen zur Aufnahme als Hebammenschülerin von Seiten des Staates. Einschränkung der Zahl der Hebammenschülerinnen für einen Kurs in einem dem geburtshülflichen Materiale der Anstalt entsprechenden Maasse. Eingehendes Studium der Handhabung der Antisepsis auf den Schulen, und zwar der zukünftigen geburtshülflichen Praxis der Hebammen entsprechend. Obligatorische Einführung aseptischer Hebammeninstrumentarien. Gründung von Bezirkshebammenvereinen. Unentgeltliche Verabfolgung von Desinficientien und Medikamenten, die der Hebamme vorgeschrieben sind, an arme Hebammen. Organisation von Distriktshebammen. Vermehrung der Zahl der Hebammenschulen in Oesterreich."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

38. **Leitfaden für die Nachprüfungen der Hebammen**; von Dr. Karl Waibel, kön. Bezirksarzt in Günzburg a. D. Wiesbaden 1893. J. F. Bergmann. Kl. 8. IV u. 84 S. (1 Mk. 60 Pf.)

Die vorliegende Arbeit lehnt sich hauptsächlich an das Schultze'sche Hebammenlehrbuch an und soll in erster Linie als Führer bei den Hebammennachprüfungen dienen. Nach Art der militärischen Instruktionsbücher ist der Stoff in Frage und Antwort abgehandelt; die einzelnen Capitel umfassen die Körperlehre, die Schwangerschaft, die Geburt, das Wochenbett und die Pflege des Kindes. W. hat es verstanden, die Materie dem Verständnisse der Hebammen gut anzupassen, und sein Leitfaden ist ein brauchbares Hülfsmittel zur Weiterbildung der Hebammen, welche nach den im Grossherzogthum Hessen gemachten Erfahrungen allerdings am besten durch an Entbindungsanstalten abzuhaltende Fortbildungskurse erreicht wird.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

39. **Das Kleinhirn.** *Neue Studien zur normalen und pathologischen Physiologie;* von Luigi Luciani. Deutsche Ausgabe, besorgt von Dr. O. Fränkel. Leipzig 1893. Eduard Besold. Gr. 8. 288 S. mit 48 Fig. im Text. (10 Mk.)

Die Resultate einer durch 8 Jahre fortgesetzten eifrigen Forschung, gegründet auf eine sehr grosse

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Anzahl in verschiedenster Weise, aber immer mit gleicher Geschicklichkeit und mit einer Reihe der glücklichsten Ergebnisse (Beobachtung operirter Thiere durch mehrere Jahre) durchgeführter Experimente an Hunden und Affen, liegen in der neuen Arbeit vor. Mit vollem Rechte und wohl begründetem Stolze kann L. deshalb in der Einleitung sagen: „Was ich dem öffentlichen Urtheil hiermit unterbreite, ist nicht der Ausdruck persönlicher Ansichten, die auf flüchtigen und spärlichen Beobachtungen beruhen, es sind vielmehr die sicheren und bewährten Ergebnisse einer Reihe langwieriger, schwieriger und unglaublich mühsamer experimenteller Forschungen." Ein Referat über eine solche Arbeit ist immer schwierig, wenn man ihrer Bedeutung einigermaassen gerecht werden will, und es kann doch stets nur einen allgemeinen Ueberblick gewähren; den interessirten Leser muss es auf das Original, den deutschen auf die vorliegende vortreffliche Uebersetzung von Fränkel verweisen, die C. Ludwig gewidmet ist.

Während die ersten Capitel die Operationsmethode, eine Uebersicht über die Art der Beobachtung und dabei angewandter klinischer Untersuchungsmethoden und die Protokolle der einzelnen Experimente und Beobachtungen enthalten (L. hat die Experimente nach allen Richtungen hin variirt und schliesslich auch neben Operationen am Kleinhirn solche an der motorischen Region des Grosshirns ausgeführt, um gewisse, nach Kleinhirnläsionen eintretende compensatorische Wirkungen des Grosshirns auszuschalten, die wichtigsten Aufschlüsse erhielt er aber nach Abtragungen einer Kleinhirnhemisphäre), beginnt im 11. Capitel die Analyse der einzelnen Symptome selbst. L. theilt die nach Kleinhirnläsionen beobachteten Erscheinungen nicht nur in Reiz- und Ausfallsymptome ein, sondern er macht 5 Unterabtheilungen, durch deren Trennung er erst ein klares Bild von den eigentlichen Ausfallerscheinungen bei Kleinhirnoperationen gewinnt. Diese Eintheilung ist folgende: 1) „Reizerscheinungen, die von der geänderten oder gesteigerten Funktion der Nervencentren abhängen, mit denen das Kleinhirn in direkter anatomischer und physiologischer Verbindung steht." 2) Ausfallerscheinungen, die von mangelhafter, ungleicher oder fehlender Innervation durch das Kleinhirn abhängen. 3) Compensationerscheinungen, die entweder von, bei der Operation verschonten, Kleinhirntheilen (organische Compensation, bei grösserer Läsion geringfügig) oder von (der Aushülfe durch) anderen Hirncentren (Grosshirn, funktionelle Compensation) herrühren. 4) Degenerationsymptome, die abhängen von der sekundären Degeneration, die nach Kleinhirnverletzungen auftritt und die besonders von Marchi an L.'s Hunden studirt worden ist; diese sind geringfügig und bisher wenigstens nicht deutlich von den anderen zu trennen. 5) Dystrophische Erscheinungen, die zum Theil wieder als Reiz-, zum Theil als Ausfallerscheinungen zu deuten sind.

Jedes einzelne Symptom wird nun eingehend besprochen und es wird ihm sein Platz in dieser Disposition angewiesen. Im 13. und 14. Capitel werden die so gewonnenen Resultate mit dem an Kleinhirnkranken Beobachteten verglichen und es wird, zum Theil unter scharfer Kritik dieser Beobachtungen, die Gleichheit beider Symptomengruppen festgestellt. Hier ist besonders wichtig, was L. über die sogenannten latenten Fälle sagt. Abgesehen von den nicht seltenen mangelhaften Beobachtungen handelt es sich um angeborene Defekte, in denen andere Hirntheile eine organische und funktionelle Compensation übernommen haben, die unter diesen Umständen besonders weit geht. Das 15. und das 16. Capitel enthalten die Geschichte der Lehre von den Funktionen des Kleinhirns von Rolando bis auf heute und im 17. entwickelt L. noch einmal in klarer und eingehender Weise seine neue Lehre. Diese stellt sich ungefähr folgendermaassen dar: „Das Kleinhirn mit seinen Dependenzen stellt ein kleines, verhältnissmässig autonomes, vom Cerebrospinalsystem verschiedenes System dar. Jede Kleinhirnhälfte hat einen bilateralen Einfluss, vorzugsweise aber einen direkten. Sein Einfluss erstreckt sich wahrscheinlich über alle willkürlichen Muskeln, vorwiegend aber auf die Muskeln der unteren, bez. hinteren Extremitäten, sowie auf die Strecker der Wirbelsäule." Kleinhirnläsion bewirkt in den betroffenen Muskeln, also bei einseitigen Operationen in denen *derselben* Seite: *Asthenie,* Muskelschwäche, aber keine Paralyse; *Atonie,* Verringerung der Muskelspannung und *Astasie,* Unregelmässigkeit in der Aufeinanderfolge der einzelnen Muskelcontraktionen, die besonders in einzelnen wenig gestützten Gebieten, so im Kopf, zu zitternden Bewegungen führen. Beim Menschen wie beim Hunde treten diese Bewegungstörungen besonders in den Beinen auf, was zu der fälschlichen Annahme von Paraplegie bei Kleinhirnläsionen geführt hat. Im umgekehrten Sinne muss also die Wirkung des Kleinhirns eine *sthenische, tonische* und *statische* sein. Nach der Operation werden diese Resultate zunächst verdeckt durch die Reizerscheinungen; diese bestehen für die Glieder entweder in tonischen Contraktionen, die ein aktives Hinderniss für die Bewegung bilden und die beim Hunde besonders die Vorderbeine betreffen, oder aber seltener in sogenannter Dysmetrie der Bewegungen, Uebergang der Willensakte auf andere Bahnen oder Uebertreibung des Willensaktes in quantitativer Beziehung. (Die letztere Bewegungstörung könnte auch die Folge einer gleichzeitigen Grosshirnläsion sein.) Daneben kommen dann die bekannten Rotationen um die Längsachse nach der gesunden Seite vor, besonders nach Reizung der Kleinhirnstiele, dann der Schwindel und als trophische Reizerscheinungen: Polyurie, Glykosurie, Acetonurie und allgemeine

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Abmagerung. Sind diese Reizerscheinungen vorüber, so tritt das Bild der Ausfallerscheinungen in den Vordergrund, oft aber und besonders natürlich in irritirenden Krankheitfällen, wie Tumoren, complicirt mit Reizsymptomen. Die Ausfallsymptome für sich bedingen nur Schwäche, *Asthenie* der betroffenen oder beider Körperhälften; die Atonie verstärkt diese Schwäche und kann ausserdem ein Uebermaass der Bewegung durch zu rasche Erschlaffung der Antagonisten einer Muskelaktion bedingen (Hahnentritt und klappendes Aufsetzen der Füsse, das L. mehrfach bei Hunden beobachtet hat). Die Astasie bringt Zittern und Unregelmässigkeit der Bewegungen hervor. Doch auch nach dem Aufhören der Reizerscheinungen treten diese Ausfallerscheinungen nicht rein auf: sie sind dann complicirt durch die vom Grosshirn ausgehenden funktionellen Compensationsymptome, die sich allmählich immer mehr vervollkommnen und den Zweck haben, die durch die Asthenie, Atonie und die Reizsymptome bewirkten Funktionstörungen möglichst auszugleichen. Bei kleineren Läsionen kann das ihnen und der hier möglichen organischen Compensation ganz gelingen. Die funktionelle Compensation bewirkt das breite Aufsetzen der Beine, um eine breitere Basis zu gewinnen; bei halbseitigen Läsionen krümmen die Hunde die Wirbelsäule mit der Convexität nach der gesunden Seite, um die kranke Seite vorn und hinten möglichst zu stützen, und es werden ausserdem noch mehr den Charakter der willkürlichen tragende Bewegungen ausgeführt, die das durch die Schwäche und Atonie bestimmter Muskeln und etwa durch Reizerscheinungen gestörte Gleichgewicht wieder herstellen sollen und die sich also wohl in diesen Störungen entgegengesetzter Richtung bewegen (Rückwärtsgehen u. s. w.). Auf diese Weise kommt der schwankende Gang der Kleinhirnkranken zu Stande, die Titubatio, der Gang der Betrunkenen, also das, was man bisher als cerebellare Ataxie und als etwas *einheitlich* begründetes aufgefasst hat und das in Wirklichkeit also eine Combination der eigentlichen Ausfallerscheinungen mit den durch das Grosshirn bedingten funktionellen Compensationerscheinungen und Reizerscheinungen ist, die von einander in Krankheitsfällen zu trennen das Bestreben auch der Kliniker in der Folgezeit sein muss. Eine eigentliche *Ataxie,* eine *Coordinationstörung* ist *das aber nicht* und darin gipfelt eigentlich L.'s Lehre, dass er die Lehre vom Kleinhirn als Coordinationcentrum umstürzt und damit der Lehre seines Landsmannes Rolando gegen Flourens, freilich in einer ganz anders ausgearbeiteten Form, wieder zu Rechte verhilft. Ausscheiden lassen sich die funktionellen Compensationerscheinungen durch Exstirpation der entsprechenden Gyri sigmoidei. Interessant ist noch, dass die Ausfallerscheinungen beim Schwimmen der Hunde fast gar nicht hervortraten, was nicht erklärt werden könnte bei der Auffassung des Kleinhirns als Coordinationcentrum, wohl aber nach L.'s Lehre, da die Bewegungen in Wasser eine geringere Muskelanstrengung erheischen.

Störungen der sensiblen und sensorischen Funktionen bewirken Läsionen des Kleinhirns nicht, sicher auch keine Lähmungen, Störungen der Intelligenz wahrscheinlich auch nicht. Der Geschlechtstrieb ist nach Entfernung des ganzen Kleinhirns sicher nicht verringert. Trophische Ausfallsymptome zeigen sich in Störungen der Haut und dann darin, dass die Thiere viel widerstandsunfähiger gegen allerlei krankmachende Einflüsse sind. Jedes Segment des Kleinhirns übt dieselbe Funktion aus wie das ganze Organ und ist im Stande, den Ausfall eines anderen zu ersetzen. Das ist besonders gegen die Lehre Nothnagel's von der besonderen Funktion des Wurmes gerichtet. „*Die Thätigkeit des Kleinhirns ist keine specifische, sondern eine dem ganzen Nervensystem gemeinsame fundamentale.*"

Es sei nochmals auf das Studium des Originales mit Nachdruck hingewiesen. Die physiologischen Arbeiten, die einen *direkten* Werth für die Klinik haben, sind nicht allzuhäufig, die vorliegende scheint dem Ref. einen solchen im hohen Maasse zu besitzen. Die genaue Beobachtung und die Analyse der einzelnen Symptome der Kleinhirnkranken können jedenfalls nur gewinnen, wenn, wir dieselbe nach L.'s Richtschnur anstellen, selbst wenn ein weiterer Fortschritt der Wissenschaft die Angaben L.'s nicht in allen Punkten bestätigen sollte.

Bruns (Hannover).

40. **Die Colonisirung der Geisteskranken** *in Verbindung mit dem Offen-Thür-System, ihre historische Entwicklung und die Art ihrer Ausführung auf Rittergut Alt-Scherbitz;* von Dr. Albrecht Paetz, Sanitätsrath, Director der Provinzial-Irren-Anstalt „Rittergut Alt-Scherbitz" u. s. w. Berlin 1893. Julius Springer. Gr. 8. X u. 242 S. mit 27 Textabbildungen, 6 Lichtdrucktafeln u. einem Lageplan. (6 Mk.)

Als nach Abschaffung der Zwangsmittel ein freundlicherer, freierer Geist in die Irrenanstalten eingezogen war, wurden die Aufregungzustände und gewaltthätigen Handlungen der Geisteskranken zweifellos seltener. Es gelang, die Patienten auf dem Wege gütlicher Ueberredung zur Arbeit heranzuziehen; sie leisteten freiwillig und freudig, was sie früher zum Theil nur aus Furcht oder auf strengen Befehl hin gethan hatten. Je mehr das Vertrauen zu den Kranken wuchs, um so mehr wagte man es, sie nicht nur zu Haus- oder Näharbeit, zum Strohflechten, Wergzupfen und Dütenkleben anzuhalten, sondern in den Irrenanstalten einen methodischen Betrieb von Handwerken der verschiedensten Art stattfinden zu lassen. Die Kranken werden, wenn möglich, zu einer Thätigkeit die der früher von ihnen betriebenen Profession

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

entspricht, verwendet. Schuster-, Schneider-, Maurer-, Glaser-, Tischler-, Sattler- und Schlosserarbeiten werden unter der Leitung von mitarbeitenden Pflegern geleistet. Einige der Kranken besorgen die Gärtnerei inclusive der Gewächshäuser; einige helfen in der Küche, in der Waschküche, in den Bureaus, andere verrichten Botendienste u. s. w. Jeden Kranken sucht man zu einer Thätigkeit heranzuziehen, wenn es irgend angängig ist; natürlich werden hierbei in jedem einzelnen Falle die Art der Krankheit, der Grad der Intelligenz und Zuverlässigkeit entsprechend berücksichtigt[1]). Die freie Arbeit hat natürlich den wohlthätigsten Einfluss auf Körper und Geist heilbarer und unheilbarer Kranker, auf Ordnung und Disciplin, auf die wirthschaftlichen und finanziellen Ergebnisse der Irrenanstalten ausgeübt. Die Irrenärzte sahen zu ihrer Freude, dass man den meisten Kranken viel mehr Freiheit zu gewähren vermochte, als früher glaubhaft erschien, dass man noch viel mehr auf das Gefängnissartige verzichten konnte, was durch Verwendung alter Schlösser zu Irrenanstalten, durch die Sicherung mit hohen Mauern, durch den Verschluss aller Abtheilungsthüren, durch die Vergitterung aller Fenster geblieben ist.

Die Kranken wurden nun auch zu landwirthschaftlichen Beschäftigungen angehalten, die ja eine noch freiere Bewegungsfähigkeit voraussetzen. Man errichtete in Form von detachirten Meiereien „agrikole Colonien". Die meisten Fachgenossen, die solche Versuche gemacht haben, rühmen die Pflege der Landwirthschaft als ein ganz vorzügliches Behandlungsmittel; ja Einzelne behaupten, der grössere Theil aller arbeitsfähigen Geisteskranken eigne sich vortrefflich für coloniale Behandlung und Verpflegung. In Folge dessen hat ein Theil der modernsten Irrenanstalten nicht nur als besondere Abtheilung eine näher oder ferner gelegene Meierei, sondern die Anstalt besteht in der Hauptsache aus einem grossen Gut, das von Kranken und Pflegern bewirthschaftet wird und in dessen unmittelbarer Nähe sich Pavillons für bettlägerige, überwachungsbedürftige oder unruhige Patienten befinden. Diese Verpflegungsform für Geisteskranke wird *„coloniale Irrenanstalt"* genannt. Eine derartige Anstalt befindet sich in der preussischen Provinz Sachsen, und zwar in Altscherbitz. Hier ist auf dem Terrain eines grossen Rittergutes eine kleine Centralanstalt für die Kranken errichtet worden, die vorübergehend oder dauernd der Ueberwachung oder Absonderung und besonderen ärztlichen Behandlung bedürfen. Daneben wurde unter Anlehnung an das vorhandene Gutsgehöft eine Reihe einfacher Landhäuser nach dem Offen-Thür-System für die hergestellt, die nach der nöthigen Beobachtung in der Centralanstalt geeignet für den Aufenthalt in den freien colonialen Verhältnissen erachtet werden. In Altscherbitz befinden sich zur Zeit 600 Kranke (355 Männer und 245 Frauen), von denen 150 mit landwirthschaftlichen Arbeiten beschäftigt werden.

Die vorliegende Abhandlung enthält eine ausführliche Beschreibung dieser weit über die Grenzen Deutschlands hinaus rühmlichst bekannten Anstalt, die 1876 von Köppe gegründet und von P. weitergeführt worden ist. Ueber Entwickelung, Baukosten, Anstalts- und Gutsverwaltung wird berichtet. Zahlreiche Pläne und hübsche Ansichten veranschaulichen die Beschreibung. Die Behandlungsgrundsätze, die mit denen der besten deutschen Anstalten übereinstimmen, werden auseinandergesetzt. Besonders eingehend beschäftigt sich P. mit der Frage der Colonisirung der Geisteskranken. Das Buch giebt über die historische Entwickelung und den gegenwärtigen Stand dieser Frage, die jetzt so sehr im Gesichtsfelde der praktischen Psychiatrie liegt, einen höchst interessanten Ueberblick. Es bietet für staatliche und städtische Behörden, für Architekten und Aerzte, die ähnliche Anstalten in's Leben rufen wollen, viel Aufschluss und Anregung. Man möge aber nicht vergessen, dass Vieles, was in Altscherbitz durchgeführt ist, unabhängig hiervon seit längerer oder kürzerer Zeit in gar manchen deutschen Anstalten geübt wird. Gewiss ist von Altscherbitz viel Gutes ausgegangen. Für der Psychiatrie ferner Stehende aber sei bemerkt, dass wie einst die freie Behandlung der Geisteskranken, so jetzt ihre ausreichende Beschäftigung und coloniale Verpflegung, die Errichtung der Ueberwachungstationen, die möglichste Beschränkung der Isolirung, der Schlafmittel u. s. w. sich (dank dem gleichzeitigen, vielfach im Stillen vor sich gegangenen Zusammenwirken der Irrenärzte und Behörden) allmählich dem Geist der Zeit entsprechend entwickelt haben. Altscherbitz gehört zu den vorzüglichsten Repräsentanten unserer Zeitrichtung. Die vorliegende ausführliche Beschreibung der Einrichtungen und Principien dieser Anstalt durch den Nachfolger Köppe's, den jetzt 14 Jahre lang amtirenden Direktor, wird deshalb gewiss noch in später Zeit für die gegenwärtige Entwickelungsphase der Irrenpflege von historischer Bedeutung sein.

Zur Charakteristik der Verhältnisse in der colonialen Irrenanstalt möchten wir noch Einiges aus dem Buche herausheben: Da die Beschäftigungen und Betriebszweige in den colonialen Anstalten ungemein viel mannigfaltiger sind als in den geschlossenen Anstalten, ist die Verwendung der verschiedensten Krankheitsformen, Bildungs-, Gesellschafts- und Altersklassen zur Arbeit, die

1) In Sonnenstein hat sich die Einrichtung einer Schule für Reconvalescenten und passende chronische Kranke sehr bewährt. Diese steht unter der Leitung eines seit Jahrzehnten verdient wirkenden Oberlehrers, der in Lesen und Schreiben, Rechnen, Geographie, Geschichte, Naturkunde u. s. w. unterrichtet. Der Oberlehrer treibt mit einzelnen Kranken Musik, verwaltet die reichhaltige Krankenbibliothek, unternimmt regelmässige Ausflüge in die Umgebung u. A. m. Ebenso ist auch ein Turnlehrer angestellt.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Berücksichtigung der Neigungen, Fähigkeiten, Gewohnheiten und Ansprüche des Einzelnen hierbei sehr erleichtert. In den geschlossenen Anstalten bewegen sich die Kranken in einem engeren Kreise, eine nicht zu vermeidende Einförmigkeit kann lähmend auf den Geist und deprimirend auf das Gemüth wirken. Der Werth der Colonien gipfelt aber nicht nur allein in der vielfältigen Weise der Beschäftigung, sondern in der hier zu ermöglichenden Freiheit der Bewegung, der Wohnung und der ganzen Lebenshaltung. Es ist hier eine engere Berührung und ein ausgedehnterer gesellschaftlicher Verkehr mit der gesunden Bevölkerung möglich. Appetit und Schlaf sind bei der steten Bewegung im Freien besser, Schlafmittel machen sich seltener nöthig. Wirthschaftlich ist eine bessere Organisation der Arbeit durchführbar. Die Verpflegung der Irrencolonisten ist billiger. Selbstverständlich muss die Ernährung der Kranken aber vorzüglich sein; nie darf vergessen werden, dass das Gut der Kranken wegen da ist und nicht die Kranken für das Gut.

Bei der Wahl des Landgutes für eine coloniale Irrenanstalt ist ausser vielem Anderen auch die Cultur- und Ertragsfähigkeit des Bodens zu berücksichtigen, da auch Geisteskranke die ihnen aufgetragene Arbeit um so lieber und eifriger thun werden, je mehr ihnen ein guter Erfolg ihrer Thätigkeit vor die Augen gerückt ist. Auch auf landschaftliche Schönheit ist zu achten, da von einem freundlichen oder erhabenen Ausblick in die Umgebung in vielen Fällen ein heilsamer Eindruck auf die Krankheiten des Gemüths, des Verstandes oder des Willens erwartet werden kann. Eine Anzahl der Geisteskranken ist natürlich wegen ihres geistigen und körperlichen Zustandes arbeitunfähig. Die Meisten sind aber erfahrungsgemäss recht arbeitfähig und arbeitlustig. In Anstalten, wo keine besondere Vergünstigung bei Aufnahme und Abgabe der Kranken möglich ist, schätzt P. die Arbeitfähigkeit bei ausreichender Gelegenheit zur Arbeit und Erziehung hierzu auf 60% und darüber. Bei mittlerer Qualität des Bodens wird ein Kranker der gesammten Anstaltsbevölkerung $^1/_4$ ha, ein Kranker des landwirthschaftlichen arbeitenden Bestandes 1 ha Bodenfläche bearbeiten können.

Die *Centralanstalt*, die das Krankenhaus für die coloniale Irrenanstalt bildet, soll etwas isolirt liegen, nach dem Pavillonsystem gebaut und auf ein Drittel bis die Hälfte der Gesammtplätze berechnet sein. Jeder Pavillon soll am besten nur für 30—40 Kranke eingerichtet sein. P. legt grossen Werth darauf, dass die einzelnen Pavillons nicht durch Mauern und eiserne Gitter, sondern durch Hecken oder niedrige Stacketzäune abgegrenzt sind und dass auch Fenstergitter in den meisten Wohnräumen vermieden werden. Alle inneren Einrichtungen sollen so wenig wie möglich von der Norm abweichen, die Gebäude der Centralanstalt in Allem, wo es irgend geht, guten Krankenhäusern gleichgestellt werden. Die Krankenpavillons zerfallen in solche für die stete Ueberwachung, in geschlossene und halboffene. Die Ueberwachungspavillons sind für alle Neuaufgenommenen, alle an Nahrungsverweigerung und Selbstbeschädigungsdrang Leidenden, alle besonderer Behandlung und Verpflegung Bedürftigen und alle Unzuverlässigen. In grösseren Anstalten sind ausserdem besondere Abtheilungen für körperlich Kranke nöthig. Alle unruhigen Elemente kommen, auch wenn sie in die Kategorie der Kranken für die Ueberwachungspavillons gehören, in die geschlossenen Pavillons, wo sich ein besonderer Wachsaal und die Isolirzimmer befinden. Im Gebrauche der letzteren soll man, namentlich am Tage, so zurückhaltend wie irgend möglich sein, da Kranke, die häufig oder lange isolirt werden, verkommen, verwildern und Aufregungzustände darbieten, die, wie sich auch ein berühmter Kliniker ausdrückt, als „Anstaltsartefakte“ aufzufassen sind.

Das Gehöfte des Landgutes und die für den wirthschaftlichen Betrieb zu errichtenden Gebäude sollen das Centrum der *Colonie* bilden; die Krankenwohnhäuser der Colonie, in denen das Offen-Thür-System grundsätzlich durchzuführen ist, im Stil einfacher freundlicher Villen oder Landhäuser für je 30—40 Kranke errichtet werden, die von Gärten, natürlich ohne Mauern oder Gitter, umgeben sind. Im Innern mögen sie recht behaglichen Wohnhäusern gleichen. Die Kranken bewegen sich hier entweder in der Nähe der Häuser und arbeiten unter Aufsicht oder sie haben freie Bewegung auf dem Anstaltsgebiet und beschäftigen sich selbständig, oder sie haben ganz freien Ausgang über das Anstaltsgebiet hinaus. Die Entweichungen betrugen in Altscherbitz in der letzten Zeit 1 bis $1^1/_2$% der durchschnittlichen Krankenzahl. Das coloniale System erfordert eine ganz besonders sorgfältig individualisirende Behandlung zur Verhütung von Selbstmorden und Unglücksfällen. Es setzt für Aerzte und Pfleger eine noch grössere Opferfreudigkeit voraus. Die siechen Personen müssen (so empfiehlt P.) aus der colonialen Irrenanstalt evacuirt, die eine noch freiere Verpflegung gestattenden Kranken in Familienpflege untergebracht werden können. Was endlich die *Verwaltung* betrifft, so wird mit gut entwickelten Gründen die Meinung, mit der alle Irrenärzte wohl übereinstimmen, verfochten, dass nur ein Arzt der Direktor einer Irrenanstalt, sie sei eingerichtet, wie sie wolle, sein darf, dass alle Beamten, also auch hier der landwirthschaftlich-technische Verwalter, durchaus diesem Direktor unterstellt sein müssen.

Georg Ilberg (Sonnenstein).

41. **Die familiale Verpflegung Geisteskranker (System der Irrencolonie Gheel) der Stadt Berlin zu Dalldorf in den Jahren 1885 bis 1893**; von Dr. A. Bothe. Berlin 1893. J. Springer. Gr. 8. VIII u. 154 S. (4 Mk.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Die Monographie B.'s behandelt sehr erschöpfend und anschaulich den gelungenen Versuch der Direktion Dalldorf, solche Geisteskranke, die zwar einerseits der Pflege einer geschlossenen Anstalt nicht bedürfen, aber andererseits auch nicht vollständig entlassungsfähig sind, in Familienpflege unterzubringen. Das Wesentliche dieser Verpflegungsweise ist die Einfügung der Einrichtung in den Organismus der Irrenanstalt. Auf diese Weise wurde eine zunehmende Anzahl chronisch geisteskranker Männer und Weiber in einigen Vororten Berlins bei besonders ausgewählten und behördlich empfohlenen Pflegern, die sich stets in grosser Zahl dazu anboten, untergebracht. Mit den Pflegern wird ein besonderer schriftlicher Vertrag abgeschlossen. Die ärztliche Behandlung und Pflege der Kranken untersteht einem Arzte der Irrenanstalt; erscheint die fernere Belassung eines Kranken in der Freiheit unthunlich, so wird er ohne Weiteres der Anstalt wieder zugeführt.

Die Ergebnisse sind durchaus befriedigend. Einige unliebsame Ereignisse (drei Selbstmorde bei völlig unverdächtigen Kranken und drei Schwängerungen schwachsinniger Frauen) können den Segen der Einrichtung, die sich im Uebrigen unter den von B. angegebenen Bedingungen bewährt hat, nicht verdunkeln. Die Kosten der familialen Verpflegung betrugen ungefähr die Hälfte der Kosten der Anstaltsverpflegung.

Lührmann (Dresden).

42. **Ueber Behandlung und Unterbringung der irren Verbrecher**; von Dr. R. Günther. Leipzig 1893. F. C. W. Vogel. Gr. 8. VIII u. 134 S. (3 Mk.)

In diesem Buche, dem im Anhange statistische Tabellen beigefügt sind, entwickelt G. Ansichten, die er als mehrjähriger ärztlicher Leiter der Irrenstation zu Waldheim i. S. gewonnen hat. Von besonderem Interesse bei dem Capitel „Behandlung" sind die Erfahrungen über die grosse Klasse von Individuen mit angeborenem oder erworbenem Schwachsinn. Die Eigenartigkeiten dieser Menschen, denen man in Strafanstalten häufig begegnet, versetzen den Psychiater an der Irrenstation eines Zuchthauses nicht selten in Schwierigkeiten, besonders durch die Frage nach ihrer Straffähigkeit. Es ergeben sich da nicht selten Differenzen mit den Meinungen der Strafanstaltsbeamten; es kann auch keinem Zweifel unterliegen, dass in solchen Grenzfällen verschiedene Sachverständige verschieden urtheilen werden. Nach G. sprechen aber der Erfolg und mancher praktische Grund dafür, derlei Individuen bei der Begutachtung ihrer ferneren Straffähigkeit nicht allzu milde zu beurtheilen und auch auf der Irrenstation nicht mit dem ganzen Rüstzeug moderner psychiatrischer Therapie zu behandeln. Ein ständiges Kreuz für den Disciplinarbeamten, wie für den Arzt sind besonders jene moralisch entarteten und verkommenen Schwachsinnigen mit grosser Reizbarkeit, die sich bei den unbedeutendsten Anlässen gegen die Disciplin auflehnen und manchmal in enorme Aufregung mit sinnlosem Wüthen verfallen. Vorübergehende individualisirende Behandlung auf der Irrenstation kann in manchen Fällen hier noch Erfolge erzielen. Für die Zukunft ist eine vermehrte Berücksichtigung dieser geistig Defekten zu erstreben, was durch Errichtung besonderer Abtheilungen innerhalb der Strafanstalt geschehen kann, in denen bei der Leitung und Disciplinirung der einzelnen Gefangenen der Arzt mitzuwirken hätte.

Entgegen G., der die Entnahme mancher Defektmenschen höherer Art aus der Haft aus praktischen Gründen nicht empfiehlt, möchte der Ref. doch ihrer Versetzung in die Irrenanstalt das Wort reden. Lehrt doch die Erfahrung, dass z. B. die Wuthausbrüche solcher Menschen unter einer sachverständigen, geschulten Pflege wie mit einem Schlage aufhören, oder doch ungleich milder ablaufen, während die Leute vorher von einer Strafe zur anderen und manchmal zu Selbstmordversuchen getrieben wurden. Dem Strafanstaltspersonale fehlt nun einmal das nothwendige Verständniss für solche kranke Menschen, die meist nur als boshaft und raffinirt gelten.

Die Nothwendigkeit der Errichtung von Irrenabtheilungen an allen grossen Strafanstalten ergiebt sich aus vielen Gründen. Einmal werden heutzutage noch Viele verurtheilt, die lediglich in Folge von Irrsinn das Verbrechen verübten, und dann sind überhaupt unter Gefangenen Geisteskrankheiten, insonderheit die mannigfachen „Grenzzustände" bei Weitem häufiger als draussen und verlangen das Urtheil und die Behandlung eines Irrenarztes von Fach. Solche Individuen, die lediglich in Folge ihrer Geistesstörung ein Verbrechen begingen, sind öffentlichen Irrenanstalten zuzuführen; dorthin passen aber nicht die moralisch verkommenen Verbrecher, ganz besonders nicht die irren Gewohnheitsverbrecher und die Verbrechernaturen. Diese werden am besten in einem Annex zu einer Irrensiechenanstalt untergebracht; dorthin gehören auch alle anderen geisteskranken Bestraften, die moralisch verkommen sind, also besonders Landstreicher und Prostituirte. Die in der Strafhaft erkrankten Gefangenen sind zuerst in der Irrenabtheilung der Strafanstalt zu behandeln und später nach Befinden entweder in die besondere Verbrecheranstalt oder in eine öffentliche Irrenanstalt zu versetzen.

Lührmann (Dresden).

43. **Die Heilung des chronischen Morphinismus (Cocainismus etc.) ohne Zwang und Qual**; von Dr. Otto Emmerich. Berlin u. Leipzig 1894. Hugo Steinitz. (2 Mk.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Nach der Ansicht E.'s haben die Aerzte und die Angehörigen die Schuld an dem Zustandekommen der bekannten Charakterveränderung der Morphinisten. Diese wegen der ewigen Quälereien, denen sie die Kranken aussetzen, um sie am „Spritzen" zu hindern, jene wegen der grausamen Art, mit der sie die Morphiumentziehung durchzusetzen suchen. Es wird behauptet, dass es fast stets gelingt, durch freundliches, offenes Entgegenkommen sich das Vertrauen der Patienten derart zu erwerben, dass sie ihren ganzen Vorrath an heimlich mitgebrachtem Morphium u. s. w. freiwillig ausliefern! Ausnahmen bilden nur die Kranken, die durch mehrfache Versuche, ihnen das Morphium nach den gebräuchlichen Methoden „abzuquälen", zur Anwendung von allerlei Kniffen gebracht worden sind. Unter den obigen Auspicien wird dann folgende Methode angewendet, mittels der nicht nur das Morphium entzogen wird, sondern die Kranken auch dauernd geheilt werden. Zunächst ziemlich schnelles Herabgehen mit der gewohnten Dosis, dann wieder Steigerung und so fort, bis nur noch Milligramme gebraucht werden. Dann wird's am schwierigsten! Man soll gar nicht glauben, wie schwer es ist, so ein Milligramm zu entziehen! E. berichtet, dass er selbst Morphinist war, durch plötzliche Entziehung sich das Morphium „abquälen" liess und in Folge des guten Einflusses seiner Frau, dauernd abstinent geblieben sei. Das Buch ist für Laien und Aerzte geschrieben und wird seinen Zweck, den ersteren eine recht kräftige Gänsehaut beim Gedanken an die bisher üblichen Entziehungskuren beizubringen, wohl in vielen Fällen erreichen. Fürer (Bendorf).

44. **Ueber geistige Arbeit**; von Emil Kraepelin, Prof. der Psychiatrie in Heidelberg. Jena 1894. Gustav Fischer. Gr. 8. 26 S. (60 Pf.)

In einem populär gehaltenen Vortrag bespricht K. die mit Hülfe psychophysischer Methoden, namentlich von ihm selbst untersuchten, interessanten und wichtigen Gesetze der Uebungsfähigkeit und Ermüdbarkeit bei geistiger Arbeit. Er vergleicht dann die bisher gefundenen Resultate mit den geistigen Anstrengungen, die gegenwärtig unseren Schülern zugemuthet werden, und kommt zu dem Schlusse, dass die jetzige Ausdehnung und Einrichtung der Lernarbeit in der Schule, schwere Gefahren für die geistige und körperliche Ausbildung der heranwachsenden Jugend mit sich bringt. K. verlangt deshalb energisch eine Verminderung der Arbeitzeit und schlägt vor, vor Allem die mechanische Gedächtnissarbeit so weit wie irgend möglich zu beseitigen und die Schüler nach ihrer Arbeitfähigkeit in viele kleine Gruppen zu theilen. Georg Ilberg (Sonnenstein).

45. **Das Berufsgeheimniss des Arztes**; von Dr. S. Placzek. Leipzig 1893. Georg Thieme. Gr. 8. 77 S. (2 Mk. 40 Pf.)

Das Buch behandelt ein juristisches Grenzgebiet, auf dem jeder Arzt im eigenen Interesse bewandert sein sollte. Die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen, § 300, 139 und 52 des Reichsstrafgesetzbuches, werden erläutert, eine Uebersicht über die in den anderen Culturstaaten geltenden Vorschriften gegeben, und die mannichfachen Conflikte, in die der Arzt durch seine Vertrauensstellung, besonders bei Geschlechts- und Geisteskrankheiten kommen kann, an gut ausgewählten Beispielen klar gelegt.

Woltemas (Diepholz).

46. **Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen u. s. w.**; von P. Baumgarten. VIII. Jahrgang 1892. I. Abtheilung. Braunschweig 1893. Harald Bruhn. Gr. 8. 320 S. (8 Mk.)

Die I. Abtheilung des Baumgarten'schen Jahresberichtes für das Jahr 1892 enthält bereits 609 Referate, welche ausser den in diesem Jahre erschienen Lehrbüchern, Compendien und gesammelten Abhandlungen sich auf die Originalarbeiten über *pathogene Kokken und Bacillen* (mit Ausnahme des Tuberkelbacillus) erstrecken. Die Literatur über den letzteren, ebenso diejenige über Cholera asiatica, pleomorphe Arten u. s. w. soll in der II. Abtheilung besprochen werden.

Auf die ausserordentlichen Vorzüge des B.'schen Jahresberichtes, welche nicht allein in der Ausführlichkeit der einzelnen Referate, sondern namentlich auch in der, die gesammte Literatur über pathogene Mikroorganismen umfassenden Vollständigkeit gelegen sind, wurde vom Ref. in diesen Jahrbüchern schon wiederholt hingewiesen. Das ausgezeichnete Werk ist längst nicht allein für den Fachmann, sondern für Jeden, welcher sich mit einschlägigen Studien befasst, völlig unentbehrlich geworden. Hauser (Erlangen).

47. **Jahresbericht über die Verwaltung des Medicinalwesens, der Krankenanstalten und des öffentlichen Gesundheitswesens der Stadt Frankfurt am Main**; herausgegeben von dem Aerztlichen Vereine. XXXVI. Jahrg. 1892. Frankfurt a. M. 1893. J. D. Sauerlaender. 4. 238 S.

Der Bericht bringt zuerst mit zahlreichen Zifferntafeln die Witterungsverhältnisse und die Bevölkerungs-Statistik. Im Jahre 1892 wuchs die Einwohnerzahl auf 189746 an. Geburten, einschliesslich Todtgeburten, fanden 5327 = 28.3‰ der Lebenden statt, Todesfälle, ausschliesslich Todtgeburten, kamen 3732 = 19.9‰ der Lebenden vor. Beide Ziffern liegen etwas über dem Mittel 1872/92, mit 27.2‰ für Geburten und 19.3‰ für Todesfälle. Es folgen die üblichen statistischen Tabellen über Vertheilung der Todesfälle auf Stadttheile, Altersklassen, Betheiligung der einzelnen Krank-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

heiten. Unter diesen hatten Diphtherie, Masern und Influenza eine besondere Bedeutung. An Cholera erkrankten indessen nur drei ausserhalb inficirte Insassen eines niederländischen Kahnes.

Aus *dem dritten Theile, „öffentliche Gesundheitspflege"*, seien besonders hervorgehoben die von der *Cholera*-Commission des städt. Gesundheitsrathes (Prof. Weigert, Dr. Marcus, Stadtarzt Spiess) ausgearbeiteten „Maassregeln". Auch zur Verhütung der *Schwindsucht* wurden Maassregeln ausgearbeitet und die Aufstellung von Spucknäpfen mit Salzwasser an öffentlichen Orten veranlasst.

Bemerkenswerth sind ferner die vom *Gesundheitsrath* beim Magistrat, auf dessen Anfrage, gestellten Anträge der Errichtung 1) einer bakteriologischen Station im städtischen Krankenhause und 2) einer städtischen Untersuchungs-Commission.

Es folgen Berichte und Thätigkeitsübersichten des Stadtarztes und der Armenärzte, ferner über die der *Choleragefahr* wegen getroffenen Maassnahmen, z. B. die Bereitstellung von 310 Betten, Einrichtung eines Krankentransportes u. s. w. Sämmtliche Maassnahmen kosteten 32290 Mk. 99 Pf., von denen aber 30573 Mk. 45 Pf. für Einrichtungen bleibenden Werthes verwandt sind. Hierauf wird vom Kreisphysikus Dr. Grandhomme über die gemeldeten Infektionskrankheiten und Impfungen berichtet.

Der *vierte Theil* betrifft die *Leistungen der Hospitäler*. Im *städtischen* Krankenhause, mit einer inneren, äusseren und Cholera-Abtheilung, wurden im Verwaltungsjahre 1892/93 2884, im Armenspitale 300 Kranke behandelt. In die *Entbindungsanstalt* wurden 337 Frauen aufgenommen und im *Irrenhause* 517 Kranke verpflegt. Näheres ergeben die üblichen Zahlenübersichten. Hierauf folgen gleichartige Berichte über die 16 *nichtstädtischen Krankenhäuser*, sowie eine Uebersicht über die im Senckenberg'schen pathologisch-anatomischen Institut gemachten Sektionen (1891: 368, 1892: 419).

Der *fünfte Theil* beschäftigt sich mit dem *ärztlichen Vereine*, berichtet über seine Thätigkeit, die gehaltenen Vorträge u. dergl., wie über seine Bibliothek. Ferner giebt er ein Verzeichniss seiner Mitglieder und bringt Nekrologe über die 1892 gestorbenen Aerzte J. G. A. Flesch (geb. 1819) und A. Gross (geb. 1832).

R. Wehmer (Coblenz).

48. **Armen-Fürsorge und Armen-Krankenpflege**, *mit besonderer Berücksichtigung der heutigen Stellung des Armenarztes und Vorschlägen zu ihrer Reform;* von Dr. E. Roth, Reg.- und Med.-Rath. Berlin 1893. Rich. Schoetz. 8. 90 S. (2 Mk.)

R. giebt im ersten von vier Abschnitten einen Ueberblick über die *Armen- und Wohlthätigkeitspflege*. Nach geschichtlicher Einleitung bespricht er die gesetzlichen Bestimmungen und ihre übliche praktische Ausführung in Deutschland, England, Frankreich, Italien und Oesterreich. Für Deutschland werden besonders die Bestimmungen des Gesetzes über den *Unterstützungswohnsitz*, aus England die Einrichtung der Armen-Arbeitshäuser (Workhouses) näher besprochen.

Demnächst wird unter Anführung eines reichen statistischen Materiales der Einfluss der deutschen socialen Gesetzgebung (Krankenkassen-, Unfall-, Alters- und Invaliditätsversicherungsgesetz) auf die Höhe der Armenausgaben erörtert. Für zweckmässig hält R. die Gründung *grösserer* Armenverbände zur Tragung der *gesammten Armenlasten*. Auf dem Lande würden hierzu z. B. *Kreis*verbände viel geeigneter sein, als die vielfach ganz leistungsunfähigen *Orts*armenverbände. Als nachahmenswerthe Beispiele werden die Einrichtungen im Königreiche Sachsen und in Schleswig-Holstein unter Anführung ziffermässiger Belege angeführt. Rühmend wird mit Recht der Leistungsfähigkeit des Elberfelder Systems gedacht.

Die schweren Schäden der ländlichen Armenpflege, das mangelnde Verständniss für diese bei den betreffenden Landbewohnern, das Fehlen einer Gemeinde-Diakonie und das Fehlen fest angestellter Armenärzte werden entsprechend gekennzeichnet.

Bei Besprechung der *ausseramtlichen* Krankenpflege durch kirchliche Organe, sowie durch private und Vereins-Wohlthätigkeit vermeidet es R. (S. 37) absichtlich, die „Frage des socialen Bedürfnisses" nach diesen *neben* der öffentlichen Armenpflege erörtern zu wollen. Ref. möchte diesen Entschluss, der wohl aus der vorzugsweisen Berücksichtigung *ländlicher* Verhältnisse entsprang, im Hinblick auf diejenigen in den Städten nicht als besonders glücklich bezeichnen. Seines Erachtens wird gerade durch dieses unbekümmerte Nebeneinanderwirken verschiedener, dasselbe bezweckender Faktoren viel Hülfe und Geld verzettelt. Es kann nicht genug betont werden (und ein entsprechender Hinweis R.'s wäre besonders dankenswerth gewesen), dass nur bei einem zielbewussten Ineinandergreifen und unter fortwährender gegenseitiger Verständigung dieser vielfachen Organismen wirklich Gutes geschaffen wird. Sonst erhält nicht der Bedürftigste, sondern der am lautesten Klagende die grösste Unterstützung. Viel wichtiger wäre hier eine Centralisirung aller Mittel.

Der zweite Abschnitt beschäftigt sich mit der *Armen-Krankenpflege*, sowohl der offenen durch Armen-Aerzte, wie der geschlossenen in Kranken-, Siechen-, Irrenanstalten. Die Schwierigkeiten, welche sich der Errichtung von Kreiskrankenhäusern entgegenstellen, werden hervorgehoben und nähere Angaben auf Grund statistischer Berechnungen über die in Deutschland (auf je 10000 Einwohner 20 Betten) und besonders in Preussen vorhandene Unterbringungsmöglichkeit in Krankenhäusern gemacht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Der dritte Abschnitt ist der Stellung und Verbreitung von *Armen-(Communal-)Aerzten* gewidmet. Hier wird besonders der zweckmässigen Einrichtung der Medici condotti in Italien gedacht, die neben Behandlung der armen Kranken und eventueller Hospitalleitung auch die öffentliche Gesundheitspflege in allen ihren Einrichtungen zu überwachen haben. Im Uebrigen werden die Einrichtungen der verschiedenen Staaten und der einzelnen Gegenden Preussens besprochen. Dabei wird darauf hingewiesen, wie nicht nur vielfach auf dem Lande, sondern (besonders im Osten der Monarchie) auch noch in einzelnen kleineren Städten die Armenärzte fehlen. Auch der Berichterstattung der Armenärzte wird gedacht, wie sie in einzelnen grösseren Städten schon lange besteht und in Preussen allgemein durch den Ministerialerlass vom 13. August 1884 veranlasst ist. Wenn R. später (S. 88) über die häufig ungenügende Form der Berichte klagt, so möchte Referent darauf hinweisen, dass es Sache der zuständigen Verwaltungsbehörden ist, unter Mitarbeit der Physiker durch entsprechende Anleitungen für bessere Berichte zu sorgen. Solche Anleitungen fehlen aber oft.

Der vierte Abschnitt bringt *Schlussfolgerungen und Vorschläge* R.'s, die vielleicht noch mehr gewinnen würden, wenn sie kürzer und bestimmter ausgesprochen wären. R. wünscht besonders die Einrichtung grösserer Armenverbände (siehe oben), damit auch Armenarbeitshäuser errichtet, die geschlossene Siechen- und Waisenpflege und die Fürsorge für die einer Anstaltsbehandlung bedürftigen Kranken besser geregelt werden können. Bei der offenen Form der Fürsorge für Sieche und Waisen habe die Organisation zu der kirchlichen und Vereinsthätigkeit in Beziehung zu treten. Für Armenärzte sei auch auf dem Lande zu sorgen, zumal hierdurch gleichzeitig der Kurpfuscherei der Boden in gewissem Grade entzogen werde. Auch eine Ausbreitung der Gemeindediakonie sei zu erstreben.

Ferner empfiehlt R. die Einrichtung von Kranken-Mobilien-Magazinen (z. B. in Verbindung mit Apotheken) durch die Armenverbände zum Verleihen von Eisbeuteln, Irrigatoren, Hebeapparaten u. dergl.

Die Funktionen der Armenärzte, die zu den Sitzungen der Armenämter mit Stimmrecht zuzuziehen seien, wünscht R. nach Analogie der italienischen Medici condotti entsprechend erweitert. Auch für Schulanstalten sei ihre Mitwirkung heranzuziehen, während impfärztliche Thätigkeit ihnen nicht zu übertragen sei.

Wenn einer zweiten Auflage der interessanten Monographie ein Literatur- und alphabetisches Inhaltsverzeichniss beigegeben werden könnte, so würde ihr Werth hierdurch noch erheblich gehoben werden.

R. Wehmer (Coblenz).

49. **Welche Aufgaben erfüllt das Krankenhaus der kleinen Städte und wie ist es einzurichten?** Nach langjähriger Erfahrung dargestellt von San.-Rath Dr. Mencke. 4. vermehrte Aufl. Berlin 1894. Richard Schoetz. 4. 178 S. mit 6 Tafeln Abbildungen u. 10 in den Text gedruckten Holzschnitten. (5 Mk.)

Das vorliegende treffliche Buch, dessen 2. und 3. Auflage wir eingehender besprochen haben (Jahrbb. CCXXIV. p. 286 und CCXXXI. p. 223), hat seine starke Verbreitung vielleicht zum Theil den Forderungen, die die Krankenkassengesetzgebung und die Cholerafurcht an kleine Städte stellten, zu danken. Zum grösseren Theile wird es aber dem inneren Werth der sachgemässen Auseinandersetzungen und Erfahrungen M.'s zuzuschreiben sein, die er bei Anlage und Verwaltung des Cottage-Hospitals seiner kleinen Heimath Wilster gemacht hat. Die neue Auflage lehnt sich bis auf einige unerhebliche Zusätze durchaus an die dritte an und wird daher Allen, die sich über zweckmässige und billige Einrichtung kleiner Krankenhäuser unterrichten wollen, willkommen sein.

R. Wehmer (Coblenz).

50. **Anlagen für die Versorgung der Städte mit Lebensmitteln: Markthallen, Schlachthöfe und Viehmärkte**; von Georg Osthoff, Reg.-Baumeister u. Stadt-Baurath a. D. in Berlin. Lief. 5 von Th. Weyl's Handb. d. Hygiene VI. 1. Jena 1894. Gust. Fischer. Gr. 8. 79 S. mit 22 Abbildungen. (2 Mk.)

Nach einleitenden, die Wochenmärkte, wie deren Einrichtungen im Alterthume und Mittelalter besprechenden Vorbemerkungen werden die an Wochenmärkte für Gross- und Kleinhandel zur Zeit zu stellenden Anforderungen, allgemeine Grundsätze für den Marktverkehr und die Vortheile der Markthallen erörtert. Als solche bezeichnet O.: Schutz der Käufer und Verkäufer, wie der Waaren vor Wind und Wetter, zweckmässige Aufstellung der Waaren und Ausdehnung des Marktes, sowie Begünstigung des Grosshandels. Die nächsten Abschnitte, die allerdings zum Theil der eigentlichen medicinischen Hygieine ferner liegen, aber für den praktischen Verwaltungsbeamten und zumal Stadtbehörden um so werthvoller sind, behandeln: Verwaltung der Markthallen, ihre Gebühren und Rentabilität, die ihnen in der Stadt anzuweisende Lage und die bauliche Anlage, wie die innere Einrichtung.

Als Hauptbedingungen für den Bau einer Markthalle werden bezeichnet: 1) Die Halle soll möglichst viel Licht, aber hauptsächlich nördliches Licht, erhalten; 2) sie soll, bei geringster Zugluft im unteren Theile, oben vorzüglich gelüftet sein; 3) sie soll derart starke Aussenmauern besitzen, dass im Sommer die Hitze und im Winter die Kälte

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

abgehalten wird; 4) sie soll dem Bedarf entsprechend geräumig genug sein; 5) genügend viele und bequeme Zugänge besitzen und 6) ein geringes Baukapital beanspruchen.

Als Beispiele sind die Grundrisse der von *Blankenstein* erbauten Berliner Markthallen am Luisenufer, an der Eisenbahnstrasse und am Magdeburger Platz beigefügt.

Der *zweite Theil* bespricht kurz die an *Märkte für Pferde und Vieh* (excl. Schlachtvieh) in baulicher Beziehung zu stellenden Anforderungen unter Abbildung des von *Paul* (Wien) entworfenen Wiener Pferdemarktes im Grundrisse.

Im *dritten Theile, Schlachthöfe und Schlachtviehmärkte,* wird bezüglich der ersteren nach allgemeinen Vorbemerkungen über Grundstück, Gestaltung der Anlage und der Schlachthäuser, und zwar für jede Viehgattung gesondert, gesprochen. Beigefügt sind Abbildungen der Einrichtungen des Centralschlachthofes in Berlin und der Schlachthäuser, bez. -Höfe in Cassel, München, Graz, Halle a. S., Erfurt. Es folgen Capitel über Kaldaunenwäsche (Kuttlereien), Kühlanlagen, unter Besprechung der wichtigsten Kältemaschinen (leider *ohne* jede, gerade hier zum Verständniss recht angebrachte Abbildung), der sonstigen Kühlvorrichtungen und der Kühlräume selbst. Hierauf kommen Beschreibungen, bez. Anführung der übrigen Nebenanlagen, wie Stallungen, Düngerstätte, Talgschmelze und Albuminfabrik. Die letztbezeichneten beiden Einrichtungen, denen Vf. nur 5 Zeilen, aber keine eigentliche Beschreibung gewidmet hat, hätten ebenso wie auch bisweilen vorhandene Knochenkochereien, Leimsiedereien um so weniger angeführt zu werden brauchen, als sie nach Osthoff's Ansicht gesundheitsgefährliche, auf den Schlachthof nicht gehörige Anlagen sind. Weiter werden Wasserversorgung, Beleuchtung, Kanalisation, Kläranstalten, innere Anlagen, Gewicht des Viehes und der Fleischverbrauch, sowie Gebühren und Anlagekosten erörtert.

Sodann werden die *Schlachtviehmärkte* im Allgemeinen, in Anlage, Grundstück, ferner die Markthallen für die verschiedenen Viehgattungen und die nöthigen Nebenanlagen beschrieben. Beigegeben sind Abbildungen entsprechender, zum Theil von Osthoff ausgeführter Einrichtungen in Schwiebus, Osnabrück, Tilsit, Lübeck, Essen, Halle a. S., Hannover, Leipzig, Berlin.

Wenn auch die hygieinischen Gesichtspunkte an verschiedenen Stellen etwas stärker hätten betont werden können, so ist die Arbeit doch in ihrer Ausführlichkeit eine werthvolle Bereicherung der Hygieine-Literatur. Für Stadtverwaltungen, die entsprechende Einrichtungen planen, wird sie ein unentbehrlicher, werthvoller Rathgeber sein.

Register sind in üblicher Weise beigegeben, die Ausstattung ist vortrefflich.

R. Wehmer (Coblenz).

51. **Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten,** *herausgegeben von der k. k. n.-ö. Statthalterei. I. Jahrgang 1892.* Wien u. Leipzig 1893. W. Braumüller. Gr. 4. LXV u. 1041 S. mit LXII Tafeln.

Mit der in den Jahren 1891 und 1892 durchgeführten Reorganisation des Wiener öffentlichen Krankenhauswesens erfolgte die Vereinigung sämmtlicher der regulären Krankenpflege in Wien dienenden öffentlichen Spitäler in eine Hand und ihre Verbindung zu einheitlichem Wirken durch eine feste Organisation. Demgemäss ist auch an die Stelle der früher von 4 dieser Krankenanstalten (allgemeines Krankenhaus, Krankenhaus Wieden, Rudolfstiftung und Kaiserin-Elisabeth-Spital) herausgegebenen gesonderten Berichte eine einheitliche Berichterstattung getreten, die auch die 4 anderen Krankenhäuser (Kaiser-Franz-Joseph-Spital, Kronprinzessin-Stephanie-, Wilhelminen- und St. Rochus-Spital) mit einschliesst und die durch die unmittelbare Oberbehörde aller Wiener k. k. Krankenanstalten, die k. k. niederösterr. Statthalterei, herausgegeben wird.

In dem vorliegenden ersten Jahrgange dieses grossartigen Gesammtberichtes, der die nach einheitlichem Plane mit grosser Ausführlichkeit bearbeiteten Sonderberichte über das Jahr 1892 behandelt, sind den Specialberichten nach den amtlichen Quellen umfassend bearbeitete geschichtliche Angaben über die Entstehung und Entwickelung der Krankenanstalten vorausgeschickt, denen genaue Beschreibungen des Baues und der Einrichtung mit einer reichlichen Fülle von Tafeln und Plänen beigefügt sind. Auch nur annähernd auf den Inhalt dieser umfangreichen Berichte einzugehen, ist bei der gewaltigen Fülle desselben unmöglich, nur aus dem massenhaften statistischen Material, das in dem Berichte gesammelt ist, sei Einiges hervorgehoben.

Alle 8 Krankenanstalten zusammengenommen, umfassten in dem Berichtsjahre 61 Abtheilungen mit 47 Vorständen und Primarärzten, 48 Abtheilungsassistenten und 83 Sekundärärzten, Belegräume für 4815 Kr. und ein Wärterpersonal von 566 Personen.

Verpflegt wurden nach der die Krankenstatistik im Allgemeinen und in den einzelnen Anstalten umfassenden Abtheilung des Berichtes in den Hospitälern insgesammt 50899 Kr. (3316 waren aus dem vorhergegangenen Jahre übertragen), davon waren 27963 männlichen, 22934 weiblichen Geschlechts. Auf je 1000 Personen der ortsanwesenden Bevölkerung Wiens kommen 42.25 in den Spitälern verpflegte männliche und 32.63 weibliche Individuen. Der Grund für dieses starke Ueberwiegen des männlichen Geschlechts ist in dem Umstande zu suchen, dass die Frauen ungleich häufiger als die Männer im Familienhaushalte leben, in dem sie im Falle der Erkrankung Pflege finden, während von den Männern relativ viele im

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Einzelhaushalte, als Aftermiether und in Schlafstelle, leben und im Falle der Erkrankung auf die Spitäler angewiesen sind.

Geheilt wurden 60.31% (61.61% Männer, 58.72% Weiber), gebessert 20.33% (20.49% M., 20.12% W.), ungeheilt entlassen wurden 8.03% (7.66% M., 8.49% W.), es starben 11.33% (10.24% M., 12.67% W.) der Behandelten. Das Sterblichkeitsprocent der Weiber war also grösser als das der Männer, es wurden auch mehr Weiber ungeheilt, weniger geheilt entlassen. Das spricht dafür, dass die Weiber erst bei verhältnissmässig schwereren Leiden das Krankenhaus aufsuchen. Unter den einzelnen Krankenanstalten zeigte den höchsten Procentsatz der ungeheilt Entlassenen (10.94%) das allgemeine Krankenhaus. Die Ursache dürfte bei dem grossen Rufe, den diese Krankenanstalt geniesst, darin zu suchen sein, dass relativ viele Kr. erst bei weit vorgeschrittenem Leiden zur Aufnahme kamen; das allgemeine Krankenhaus wird ausserdem sehr häufig von ortsfremden, zugereisten Personen in Anspruch genommen, die aber ebenfalls meist erst dann zur Aufnahme gelangen, wenn die Krankheit weit vorgeschritten und schwer und die Aussicht auf Heilung gering ist. Am nächsten steht in dieser Beziehung die Rudolfstiftung in der ebenfalls Zugewanderte stark vertreten sind.

Die Sterblichkeitsverhältnisse in den einzelnen Krankenanstalten zeigen sowohl unter einander, als auch im Vergleich mit der Gesammtsumme grosse Verschiedenheit, sie gestalteten sich, in Procenten ausgedrückt, folgendermaassen: Allgemeines Krankenhaus 9.52 (10.24 M., 12.67 W.), mit Ausschluss der Tuberkulose 7.59 (7.05 M., 8.21 W.). — Krankenhaus Wieden 11.4 (10.06 M., 12.5 W.), ohne Tuberkulose 7.6 (6.1 M., 9.3 W.). — Rudolfstiftung 9.63 (7.77 M., 12.08 W.), ohne Tuberkulose 6.55 (4.59 M., 9.07 W. — Kaiser-Franz-Joseph-Spital 13.7 (13.1 M., 14.4 W.), ohne Tub. 8.7 (8.3 M., 9.5 W.). — Kaiserin-Elisabeth-Spital 17.96 (16.7 M., 19.6 W.), ohne Tub. 14.2 (13.1 M., 15.6 W.); von 355 an Diphtherie Behandelten starben 196, von 515 an Lungentuberkulose Leidenden 237. — Kronprinzessin-Stephanie-Spital 11.06 (9.72 M., 12.54 W.), ohne Tub. 6.5 (4.1 M., 9.2 W.). — Wilhelminenspital, in dem von 204 an Lungentuberkulose Leidenden 109 starben, 23.3 (16.4 M., 30.7 W.). — St. Rochus-Spital 11.6 (7.6 M., 21.5 W.), ohne Tub. 9.2 (6.9 M., 14.1 W.)

In allen Krankenanstalten zusammengenommen erstreckte sich die Dauer der meisten Krankheitsfälle über 1—3 Wochen, danach (das St. Rochus-Spital ausgenommen) über 3—6 Wochen. Fälle mit einer Krankheitsdauer bis zu 1 Woche waren in allen Anstalten (wieder das Rochus-Spital ausgenommen) häufiger als solche mit einer Dauer von über 6 Wochen bis zu 3 Monaten. Die langwierigsten Krankheitsfälle kamen relativ im Krankenhause Wieden und im Wilhelminenspital vor, die grösste Zahl kurzdauernder Krankheitsfälle im Kaiser-Franz-Joseph-Spitale.

Die Altersklasse, die auf die zurückgelegten Kinderjahre folgt, das Alter von 15—20 J. umfassend, nimmt (von den über 70 J. alten abgesehen) die Krankenanstalten am meisten in Anspruch. Auch innerhalb der einzelnen Altersklassen überwiegt das männliche Geschlecht durchaus dem weiblichen gegenüber, am geringsten ist der Unterschied in den jüngsten Altersklassen, am grössten in dem Alter zwischen 40 und 50 Jahren. — Die Verwitweten, getrennt Lebenden und Geschiedenen nehmen nach Maassgabe der in der Bevölkerung Vorhandenen die Krankenanstalten am meisten in Anspruch (das männliche Geschlecht doppelt so stark als das weibliche), erst an 2. Stelle stehen die Ledigen, doch mit einem geringeren Männerüberschusse. — Dem Beruf nach waren von den Verpflegten: specielle Gewerbe Betreibende 31.74%, Dienstboten 18.58%, Arbeiter (ohne bestimmte Angabe des Berufszweigs) 15.88%, Familienangehörige von verschiedenen Berufszweigen Angehörenden 11.54%, im Handel und Transport Beschäftigte 6.24%, Private und ohne Berufsangabe 6.11%, Schulkinder 3.75%, „liberalen Berufsarten" Angehörige (Beamte u. s. w.) 3.56%, Prostituirte 1.56%, in der Landwirthschaft Beschäftigte 1.00%, höheres industrielles Personal (nicht mit Handarbeit beschäftigt) 0.04%.

Die am häufigsten zur Behandlung gekommenen Krankheiten waren Hautkrankheiten mit Ausschluss der syphilitischen Formen (6096 F., 3645 M., 2451 W., am häufigsten im allgemeinen Krankenhause — 2561 F. — und in der Rudolfstiftung — 1277 F. —), die Krankheiten der Athmungsorgane (5325 F., 3365 M., 1970 W., im allgemeinen Krankenhause allein 2184 F.), Krankheiten der Digestionsorgane und der adnexen Organe (4402 F., 2236 M., 2166 W.), Scrofulose und Tuberkulose (4270 F., 2236 M., 2166 W.), Erkrankungen des Nervensystems, einschliesslich der Geisteskrankheiten (4045 F., 2224 M., 1821 W., im allgemeinen Krankenhause 2196 Fälle).

Der gesammten Krankenstatistik schliesst sich die der einzelnen Krankenanstalten an (S. 293 bis 475), worauf Abhandlungen, Berichte und Mittheilungen aus einzelnen Abtheilungen der verschiedenen Hospitäler, eine reiche Fülle ausführlich mitgetheilter Krankengeschichten von besonderem Interesse, die zum Theil schon anderwärts veröffentlicht sind, sowie die Verzeichnisse der ausgeführten Operationen und der Obduktionen folgen (S. 477—851). Ferner enthält das Jahrbuch die Darlegung der Vermögensverhältnisse, die Rechnungsabschlüsse, die Bezüge der Angestellten und Bediensteten, Gesetze und Verordnungen, die für den Dienst in den Krankenanstalten wichtig sind, und einen Anhang, betreffend die Einrichtung von Cholerastationen. Den Schluss bilden Register, von denen gesonderte für die Abhandlungen und Krankengeschichten und für die Gesetze und Verordnungen vorhanden sind.

Walter Berger (Leipzig).

52. **Årsberättelse (den fiortonde) från Sabbatsbergs sjukhus för 1892;** afgifven af Dr. F. W. Warfvinge. Stockholm 1893. Isaac Marcus' boktr.-aktiebolag. 8°. XLVII, 264 och VII S. med taflor.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Im J. 1892 wurden 3733 Kr. behandelt, von denen 2210 geheilt, 804 gebessert, 140 ungeheilt entlassen wurden und 294 (7.87%) starben. In der med. Abtheilung wurden behandelt 2112, entlassen wurden geheilt 1153, gebessert 507, ungeheilt 89, es starben 208 (9.85%). In der chirurg. Abtheilung wurden behandelt 1333, entlassen, geheilt 931, gebessert 203, ungeheilt 24, es starben 71 (5.32%). In der gynäkolog. Abtheilung wurden behandelt 288, entlassen, geheilt 126, gebessert 94, ungeheilt 27, es starben 15 (5.20%). Der nach *Schimmel*'schem System mit einigen Modifikationen construirte neue Desinfektionsapparat, der durch eine beigefügte Tafel veranschaulicht wird, erwies sich als vollkommen zweckentsprechend. Im Hinblick auf die drohende Cholera wurden Holzbaracken evacuirt und als Epidemiebaracken vom 20. August bis 20. October bereit gehalten.

Von grösseren Abhandlungen enthält der Bericht zunächst *Studien über die Erkrankungen der Harnwege,* und zwar speciell über *Cystitis, senile Dysurie und Cystotomie in ihren gegenseitigen Beziehungen,* vom Vorstand der chirurg. Abtheilung, Dr. Ivar Svensson (S. 48—128). Ohne zu verkennen, dass die Prostatahypertrophie eine wichtige Rolle beim Zustandekommen der senilen Dysurie spielt, wendet sich Sv. gegen die Annahme, dass diese Dysurie stets auf Prostatahypertrophie beruhe, und meint, dass ihre Ursache mehr in von senilen Veränderungen der Blasenmuskulatur abhängiger Schwäche zu suchen sei. Er hält die Prostata nicht für einen wesentlichen Theil des Retentionsapparates der Harnblase, sondern glaubt, gestützt auf die anatomischen Verhältnisse und die Entwicklungsgeschichte, dass sie ein ganz und gar sexuelles, dem Uterus analoges Organ sei. Seit 10 J. sind im Sabbatsbergkrankenhaus etwa 200 Cystotomien (in einer grossen Zahl von Fällen perinäale) ausgeführt worden und Sv. hat dabei die Erfahrung bestätigt gefunden, dass bei schwerer Cystitis unmittelbar nach der Cystotomie Schmerz, Hämaturie und Suppuration aufhören; bei dem oft die Erkankung complicirenden Krampf der Blasenmuskulatur wirken Epicystotomie und Kolpocystotomie durch Einschnitte in die Muskulatur direkt heilend auf den Krampf. Die verhältnissmässig leicht und rasch auszuführende und mit geringer Gefahr verbundene perinäale Cystotomie ist nach Sv. in denjenigen Fällen am meisten indicirt, in denen die Fistel nur temporär sein soll; wenn sie permanent sein soll, verdient die Epicystotomie den Vorzug; erstere hat vor letzterer den Vortheil voraus, dass sie eine langsame Entleerung der Blase gestattet, was bei seniler Dysurie mit Harnretention von grosser Bedeutung ist.

Die 2. Abhandlung enthält eine genaue Beschreibung der in der chirurgischen Abtheilung eingeführten *antiseptischen Wundbehandlung* von O. T. Ringsted, dem Unterarzt der Abtheilung (S. 129—173). R. beschreibt unter Hinzufügung mehrerer Abbildungen ausführlich die Desinfektion der Körperoberfläche des Operateurs und des Operationsfeldes, sowie der Instrumente, das Verbandmaterial und seine Sterilisation, Suturen, Ligaturen und Drainage, Schwämme und ihre Ersatzmittel (Holzwolle), die Spülflüssigkeiten, die Injektion- und Punktionspritzen und ihre Sterilisation. Sublimat verdient nach R. behufs Anwendung an lebenden Geweben als Antisepticum wenig Empfehlung wegen der Unsicherheit seiner bakterientödtenden Wirkung, dagegen verdient die mechanische Reinigung besondere Beachtung, sowie die Sterilisation mit Wärme.

Den Schluss der Abhandlungen bildet ein *Beitrag zur Kenntniss der syphilitischen Veränderungen im Verdauungskanal,* von Dr. E. G. Johnson und Prof. Curt Wallis (S. 174—264, mit 1 Tafel), mit besonderer Berücksichtigung des Darmes. Die Syphilis der Mundhöhle und des Rachens ist als allgemein bekannt ausgeschieden worden, über die des Oesophagus und des Magens fehlen J. u. W. eigene Beobachtungen. Von erworbener Dünndarmsyphilis theilen sie 19 Fälle mit, von denen 7 noch nicht veröffentlichte aus eigener Beobachtung, im Ganzen 10 aus der skandinavischen Literatur stammen. Die krankhaften Veränderungen bestanden in allen 19 Fällen in Infiltration der Darmwand mit Rundzellen, die aus der Bildung von noch mehr oder weniger mit Rundzellen infiltrirtem, festem, grauem Bindegewebe hervorging. In den meisten Fällen war ein Zerfall des centralen Theils des Infiltrats eingetreten, der zu Substanzverlust und Geschwürsbildung geführt hatte. In 14 von den 19 Fällen zeigte das Infiltrat die Neigung, sich ringförmig, gürtelförmig zu gestalten, meist waren ausschliesslich oder fast ausschliesslich gürtelförmige Infiltrate vorhanden, auch die Geschwürsbildung zeigte dieselbe Form. Die Veränderungen waren meist mehrfach vorhanden, bis zu 30 und 40 und noch mehr, und zeigten grosse Neigung zu Stenosenbildung, hauptsächlich in den Fällen, in denen die Bindegewebebildung überwog; auch die Stenosen waren oft an mehreren Stellen vorhanden. Platten- oder scheibenförmig mit Bildung runder oder ovaler Geschwüre waren die Veränderungen selten (in 4 Fällen); gürtelförmige und plattenförmige Veränderungen kamen oft neben einander vor. An den den Infiltrationen und Geschwüren entsprechenden Stellen fand sich in den meisten Fällen auch an der Peritonäalfläche Bindegewebeneubildung. Die Veränderungen waren meist nur im Dünndarm, selten auch im Colon, nur in einem Falle blos in letzterem lokalisirt; Gummata kamen nur in 3 Fällen neben den beschriebenen Veränderungen vor. Die syphilitische Neubildung entsteht nach J. u. W. meist diffus und in der Regel nicht aus Gummata. Von Syphilis des Mastdarms führen J. u. W. 6 selbst beobachtete Fälle an, in denen typische Strikturen bestanden. Walter Berger (Leipzig).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

53. **Svenska och finska medicinalverkets historia 1663—1812**; af dr. Otto E. A. Hjelt, prof. emer. Helsingfors 1892. 1893. Helsingfors central-tryckeri (i comm. hos G. W. Edlund). St.-8°. VIII och 564, XI och 616, XIII och 793 s.

In dem vorliegenden umfangreichen und inhaltreichen Werke, der Frucht mehr als zehnjähriger Arbeit, entwickelt Hjelt, der sich ausser seinen anderen Leistungen auf dem Gebiete der medicinischen Literatur auch um die Geschichte der Medicin in Schweden und Finland durch eine Reihe grundlegender und wissenschaftlich gediegener Schriften grosses Verdienst erworben hat, ein interessantes und lehrreiches Bild von der Entwicklung der ärztlichen Verhältnisse und Einrichtungen und des Medicinalwesens in Schweden und Finland, vom J. 1663 an, in dem die erste Medicinalordnung in Schweden erschien und das Collegium medicum organisirt wurde, bis zum J. 1812, der Zeit, wo Finland nach seiner im J. 1809 erfolgten Trennung von Schweden eine eigene Medicinalverwaltung bekam. Die Arbeit, die erste historische Darstellung der schwedischen und finnischen Medicinalentwicklung, gründet sich fast ausschliesslich auf Archivstudien, die Hj. im Archiv der Medicinalbehörde, im Reichsarchiv und in verschiedenen anderen Archiven, in den Bibliotheken der kön. Gesellschaft der Wissenschaften und des Karolinischen Instituts zu Stockholm und in der Universitätsbibliothek zu Upsala während einer Reihe von Jahren mit unermüdlichem Fleiss und Eifer unternommen und durchgeführt hat, wobei ausser den den Gegenstand betreffenden Akten und Protokollen auch eine Menge anderer Schriftstücke, Manuscripte und Druckschriften, namentlich auch die reichen Briefsammlungen mehrerer Institute ausgedehnte und eingehende Berücksichtigung fanden; unter diesem Material finden sich viele in der schwedischen Literatur bisher noch ganz unbekannte Angaben. Die bis in das Einzelne durchgeführte, gründliche und genaue Darstellung gewinnt dadurch noch besonders an Lebhaftigkeit und Anschaulichkeit, dass eine Menge Aktenstücke in extenso oder im Auszuge, oft in der ursprünglichen Form und Fassung eingeflochten sind und der geschichtlichen Darstellung zur Grundlage dienen. Seit seinem Rücktritte von der Professur der Staatsarzneikunde und der pathologischen Anatomie in Helsingfors im J. 1885 hat sich Hj. ganz und ungestört dieser Arbeit widmen können und ein an Gründlichkeit und Vollständigkeit hervorragendes, nicht nur durch den grossen Reichthum des mühevoll gesammelten Materials, sondern auch durch dessen kritische Verwerthung und übersichtliche klare Zusammenstellung ausgezeichnetes historisches Werk geschaffen, dessen Bedeutung für die medicinische Geschichtsforschung nicht zu verkennen ist und das besonders Denen als willkommene Grundlage dienen kann, die sich der Specialforschung desselben Stoffes zuwenden.

Der *1. Band* des auf Kosten des Consistorium der finnischen Universität zu Helsingfors gedruckten Werkes enthält die Geschichte des Collegium medicum, der chirurgischen Societät, aus der später das Karolinische Institut zu Stockholm hervorgegangen ist, der Gesundheitscommission (1737—1766, der schon im J. 1721 die Bildung eines Gesundheitscollegium vorausgegangen war), des Serafimerordens (dem die Aufsicht über das Armen- und Krankenwesen oblag), ferner die Geschichte der unter der Aufsicht des Colleg. med. stehenden Lehrinstitute (Anatomie, Chirurgie, Naturwissenschaften, Pharmacie), die geschichtliche Entwicklung der Rechte und Pflichten der Aerzte (praktischer Unterricht in der Medicin — erster klin. Unterricht am Krankenbette im Nosocomium Upsaliense in den 20er Jahren des 18. Jahrh. —, Doctorgrad und Promotion, Vereinigung medicinischer und chirurgischer Studien, ärztliche Lehrthätigkeit, ärztliche Praxis, Staatsdienst, Stellung der Aerzte, ärztliche Taxe). Der *2. Band* behandelt die Provinzialärzte, Staatsärzte, Landfeldscheerer, Armen- und Fabrikärzte in Stockholm, das Armenkrankenwesen, die Maassnahmen gegen Epidemien (Quarantänen, u. A. statistische Uebersicht der Epidemien in Finland), allgemeine Gesundheitspflege, Kinderhygiene, Armenwesen, Maassnahmen gegen die venerischen Krankheiten, Variolaimpfung, Vaccination (erste Vaccination in Schweden am 23. Oct. 1801, in Finland 1802), das Hebammenwesen (Entbindungsanstalten), das Veterinärwesen (Epizootien, Thierarzneischulen). Der *3. Band* enthält die Geschichte des Serafimerlazareths in Stockholm und der anderen Krankenhäuser, des Hospitalwesens, des Militärmedicinalwesens (Feldärzte und Feldscheerer, Marineärzte, Militärkrankenhäuser, Militärgesundheitspflege, militärärztlicher Unterricht), der gerichtlichen Medicin (u. A. werden einige merkwürdige Fälle mitgetheilt), des Apothekenwesens, der Pharmakopöen (die erste Pharmakopöe erschien in Stockholm 1686, die 2. 1699), ferner Nachrichten über die Medicinaltaxe, Medicinalgewächsgärten (botanische Gärten), das Geheimmittelwesen, das Heilquellenwesen (auch künstliche Mineralbäder), eine Uebersicht der Geldmittel, aus denen die Kosten des Medicinalwesens bestritten worden sind. Den Schluss bilden kurze biographische Notizen über die merkwürdigsten, in dem Werke vorkommenden Persönlichkeiten und ein Namenregister.

Walter Berger (Leipzig).

Im vergangenen Halbjahre starben die Herren **Friedr. Falk, Aug. Hirsch** und **Carl Millies.** Sie waren früher eifrige Mitarbeiter an den Jahrbüchern und wir werden ihrer dankbar gedenken.

Die Redaktion.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

267. *Baumgarten, G.* Ueber einfache Febris continua. S. 144.
268. *Solis-Cohen, Solomon.* Ueber vasomotorische Ataxie. S. 144.
269. *Laache, S.* Periphere Thrombosen bei inneren Krankheiten. S. 145.
270. *Clément, E.* Ueber Milzschwellung bei Chlorose. S. 145.
271. *Strauscheid.* Männliche Osteomalacie. S. 143.
272. *Leube, W.* Beiträge zur Pathologie des Muskelrheumatismus. S. 145.
273. *Biegański, W.* Parese der Muskulatur infolge von Arteriosklerose. S. 145.
274. *White, W. Hale.* Ueber den Einfluss der Diät auf die Zusammensetzung des Harns bei Nierenkranken. S. 146. [S. 146.
275. *Sacaze, H.* Ueber Aderlass bei Nephritis infectiosa.
276. *Cantù, L.* Ueber den Einfluss der Sommerwärme auf die Zersetzungen im Darme. S. 146.
277. *Hanot, V.* Ueber die Diagnose des Leberkrebses. S. 147.
278. *Mettenheimer, C.* Ueber ein diagnostisches Hülfsmittel bei Neoplasmen des Abdomens. S. 147.
279. *Röse, C.* Ueber die Wirkung der Muskulatur bei angeborener Gaumenspalte. S. 147.
280. *Lange, F.* Ein Fall von beiderseitigem idiopathischem Hypoglossus-Krampf. S. 148.
281. *Laehr, Max.* Klinische Beiträge zur Frage der Posticuslähmung. S. 148.
282. Ueber Lepra. (Zusammenstellung.) S. 148.

VI. *Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.*

283. *Volkmann, R.* Zur Dammplastik. S. 154.
284. *Himmelfarb, G.* Zur operativen Behandlung der Incontinentia urinae urethralen Ursprungs beim Weibe. S. 154. [S. 154.
285. *Schweizer, F.* Carcinoma glandulae Bartholini.
286. *Schönheimer, H.* Zur pathologischen Anatomie und Symptomatologie der menstruellen Uterusabscheidungen. S. 154.
287. *Sänger, M.* Ueber Sarcoma uteri deciduo-cellulare und andere deciduale Geschwülste. S. 154.
288. *Müller, Oscar.* Zur Lehre vom Carcinoma uteri. S. 155.
289. *Holländer, Eugen.* Ueber die vom Mastdarm ausgehenden Geburtsstörungen. S. 155.
290. *Nagel, W.* Weitere Beobachtungen über die Anwendung der Achsenzugzange. S. 156.
291. *Fischer, Heinrich.* Ueber die Schwangerschaftsniere und Schwangerschaftsnephritis. S. 157.
292. *Friedberg, W.* Ueber Albuminurie im Anschluss an den Geburtsakt. S. 157.
293. *Bidder, E.* Ueber 455 Fälle von Eklampsie aus der St. Petersburger Gebäranstalt. S. 157.
294. *Kossmann, R.* Zur Histologie der Extrauterinschwangerschaft, nebst Bemerkungen über ein sehr junges mit der uterinen Decidua gelöstes Ei. S. 158.
295. Ueber extrauterine Schwangerschaft. (Zusammenstellung.) S. 158.
296. *Miller, M.* Ueber homologe Zwillinge. S. 161.
297. *Müller, Oscar.* Casuistische Beiträge aus der Klinik des Herrn Geh.-Rath Gusserow. S. 161.
298. *Genersich, G.* Ueber angeborene Dilatation und Hypertrophie des Dickdarms. S. 161.
299. *Power, D'Arcy.* Ueber die Beziehungen zwischen Torticollis und Blutungen im M. sternomastoideus. S. 161.
300. *Rehn, H.* Ein weiterer Fall von kindlichem Scorbut mit subperiostealen Blutungen — Cheadle-Barlow'sche Krankheit. S. 162.
301. *Djouritch, Lioubitza.* Zur Lehre von der Indicanurie bei Kindern. S. 162.

VII. *Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.*

302. *Billroth, Th.* Eigene Erfahrungen über Aneurysmen an den Extremitäten und am Halse. S. 162.
303. *Siegmund, A.* Zur Behandlung des Angioma arteriale racemosum, besonders des Kopfes. S. 163.
304. *Mommsen, E.* Zwei Fälle gutartiger grosser Schleimbeutelhygrome. S. 163.
305. *Buschke.* Zur Casuistik der präperitonäalen Lipome. S. 163.
306. *Martin, E.* Zur Ausfüllung von Knochenhöhlen mit todtem Material. S. 163.
307. *Caselli, A.* Ueber Knochennaht mit versenkten Metallnähten. S. 164.
308. *Ambrosius, W.* Zur Kenntnis der Todesursachen nach multiplen Knochenbrüchen. S. 164.
309. *Schrank, W.* Zwei Fälle von Periostitis albuminosa (Ollier). S. 164.
310. *Benzler.* Einklemmung eines Hufsplitters bei einem Schädelbruch. S. 164.
311. *Gussenbauer, C.* Ueber die Commotio medullae spinalis. S. 164.
312. *Binaud u. Crozet.* Ueber 2 Fälle von Trepanation der Wirbelsäule bei Malum Pottii. S. 165.
313. *Müller, W.* Eine Thoraxwand-Lungenresektion mit günstigem Verlauf. S. 165.
314. *Lop, P. A.* Ueber Behandlung des Empyems mit Pleurotomie, bez. dem Syphon Revilliod's. S. 165.
315. *Abel, K.* Ein Fall von angeborenem linkseitigen Zwerchfellsdefekt mit Hindurchtritt des Magens, des grossen Netzes, des Colon und des Duodenum in die Pleurahöhle. S. 166.
316. *Gussenbauer, Carl.* Ueber die Aetherisation incarcerirter Hernien nach Finkelstein. S. 166.
317. *Leuw, Carl.* Die Radikaloperationen der nicht eingeklemmten Hernien in der Berner Klinik. S. 166.
318. *Bruns.* Die Omphalektomie bei der Radikaloperation der Nabelbrüche. S. 167.
319. *Condamin, R.* Ueber dreifache Etagennaht bei Omphalektomie. S. 167.
320. *Borck.* Ein Fall von Hernia obturatoria. S. 167.
321. *Martig, W.* Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege. S. 167.
322. *Hall, Rufus B.* Ueber 7 Operationen bei Gallensteinverstopfung. S. 167.
323. *Körte, W.* Ein operativ geheilter Fall von Gallensteinileus. S. 167.
324. *Ledderhose.* Die Aetiologie der carpalen Ganglien. S. 167.
325. *Garrè, C.* Ueber traumatische Epithelcysten der Finger. S. 168.
326. *Habs, R.* Vier Fälle von Makrodaktylie, gepaart mit Syndaktylie. S. 169.
327. *Morton, Th.* Ueber 2 Fälle angeborener Finger-Hypertrophie. S. 169.
328. *Shoemaker, G. E.* Ueber einen Fall von Hypertrophie des Fusses. S. 169.
329. *Redlich, E.* Ueber einen Fall von Hypertrophie des linken Beins. S. 169.
330. *v. Eiselsberg, A.* Ueber einen Fall von Pseudarthrose des Oberarms mit auffallend guter Funktion der Extremität. S. 169.
331. *Kouzmine, B. J.* Ueber Resektion bei Pseudarthrose des Femur. S. 169.
332. *Baatz, M.* Eine neue Methode der Hüftgelenksresektion: der vordere Winkelschnitt nach Prof. Helferich. S. 169.
333. *Ritschl, A.* Die Exartikulation des Unterschenkels im Kniegelenk und ihre Beziehungen zu den übrigen Methoden der Absetzung der unteren Extremität in der Nähe des Kniegelenks. S. 170.
334. *Helferich.* Weitere Mittheilungen über die Operation der winkeligen Kniegelenksankylose und die bogenförmige Resektion des Kniegelenks überhaupt. S. 170.
335. *Krukenberg, H.* Die Behandlung von Gelenksteifigkeiten mittels meiner Pendelapparate. S. 170.
336. *Burchardt.* Die Behandlung des Tripper-Augenflusses. S. 171.
337. Die Verhandlungen der 29. Versammlung amerikanischer Augenärzte. S. 171.

VIII. *Hygieine und Staatsarzneikunde.*

338. *Manfredi, Luigi.* Ueber die Volksernährung in Neapel vom hygienischen Standpunkte. S. 175.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

339. *Smirnow, S. G.* Zur Frage über den Einfluss fraktionirter Nahrungsaufnahme auf den Stoffwechsel des gesunden Menschen. S. 175.
340. *Prausnitz, W.* Ueber die Ausnützung gemischter Kost bei Aufnahme verschiedener Brodsorten. S. 176.
341. *Menicanti, C.,* u. *W. Prausnitz.* Untersuchungen über das Verhalten verschiedener Brodarten im menschlichen Organismus. S. 176.
342. *Voit, Carl.* Ueber die Anwendung der Eiweissträger, insbesondere des Weizenklebers in der Nahrung des Menschen. S. 176.
343. *Sendtner, R.* Erfahrungen auf dem Gebiete der Controle der Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände. S. 177.
344. *Neufeld, C, A.* Untersuchungen über Schweinefett und den Nachweis der gebräuchlichsten Verfälschungen desselben. S. 177.
345. *Hasterlik, Alfred.* Ein Beitrag zur Untersuchung von Fleischconserven. S. 177.
346. *Scholl, H.* Bakteriologische und chemische Studien über das Hühnereiweiss. S. 178.
347. *Oertel, M. J.* Ueber Milchkuren bei Kreislauf-Störungen. S. 178.
348. *Weber, H.* Ueber den Nutzen des Bergsteigens. [S. 179.
349. *Schmidt, F. A.* Die Jugendspiele als nothwendige Ergänzung des Turnunterrichts. S. 179.
350. *Walker, Hinsley.* Ueber die Vortheile der Wüstenluft und der Quellen von Heluan. S. 179.
351. *Kimpen.* Die Typhus-Epidemie in Ottweiler im Winter 1891/92. S. 179.
352. *Wolffberg.* Die Ruhr in Tilsit 1893. S. 179.
353. *Golebiewski.* Zur Casuistik der typischen Radiusfrakturen und der durch sie bedingten Erwerbsunfähigkeit. S. 180.
354. *Hesse, Arthur.* Gerichtsärztliche Beurtheilung von Gehirnabscessen. S. 180.
355. *Zaaijer.* Ausgedehnte Gehirnruptur ohne Schädelknochenfraktur. S. 180.

B. Originalabhandlungen und Uebersichten.

V. *Hezel, O.* Ueber Diabetes mellitus. S. 181.
VI. *Bruns, L.* Neuere Arbeiten über die traumatischen Neurosen. S. 191.

C. Bücheranzeigen.

13. *v. Bardeleben, Karl,* u. *Heinrich Haeckel.* Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. S. 198.
14. *Leuckart, Rud.* Die Parasiten des Menschen und die von ihnen herrührenden Krankheiten. S. 198.
15. *v. Noorden, Carl.* Beiträge zur Lehre vom Stoffwechsel des gesunden und kranken Menschen. S. 199.
16. *Marmorek, Alexander.* Versuch einer Theorie der septischen Krankheiten. S. 200.
17. *Weiss, Julius.* Beiträge zur Entzündungslehre. S. 201.
18. *Behring.* Die Geschichte der Diphtherie. S. 202.
19. *Kobert, R.* Compendium der Arzneiverordnungslehre für Studirende und Aerzte. S. 202.
20. *Lang, E.* Ordinationsformeln aus der Syphilis-Abtheilung. S. 202.
21. *Eulenburg, A.* Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde. S. 202.
22. *Pepper, Will.* A Textbook of the theory and practice of medecine. S. 202.
23. *Strümpell, Adolf.* Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. S. 203.
24. *Rosenberg, Albert.* Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes. Mit Einschluss der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. S. 203.
25. *Rosenthal, Carl Fr. Th.* Die Erkrankungen des Kehlkopfes. S. 203.
26. *Gerhardt, C.* Handbuch der Kinderkrankheiten. S. 204.
27. *Unger, L.* Ueber Kinderernährung und Diätetik. S. 204.
28. Arbeiten aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinder-Krankenhause in Berlin. S. 204.
29. *Lang, Eduard.* Der venerische Katarrh, dessen Pathologie und Therapie. S. 204.
30. *Albrand.* Sehproben. S. 204.
31. *Lorenz, A.* Ueber Transformation der Knochen. S. 205.
32. *Chipault, A.* Etude de chirurgie médullaire (Historique, chirurgie opératoire, traitement). S. 205.
33. *Herzfelder.* Ueber die Perforation des Blinddarm-Wurmfortsatzes. S. 205.
34. *Heitzmann, J.* Compendium der Geburtshülfe. S. 205.
35. *Czempin, A.* Zur Behandlung des Abortus. S. 206.
36. *Winter, G.* Ueber die Recidive des Uteruskrebses, insbesondere über Impfrecidive. S. 205.
37. 1) *Maisch.* Das Kindbettfieber und die Hebammenfrage. — 2) *Ekstein.* Zur Reform des Hebammenwesens in Oesterreich. S. 207.
38. *Waibel, Karl.* Leitfaden für die Nachprüfungen der Hebammen. S. 208.
39. *Luciani, Luigi.* Das Kleinhirn. S. 208.
40. *Paetz, Albrecht.* Die Colonisirung der Geisteskranken. S. 210.
41. *Bothe, A.* Die familiale Verpflegung Geisteskranker (System der Irrencolonie Gheel) der Stadt Berlin zu Dalldorf in den Jahren 1885—1893. S. 212.
42. *Günther, R.* Ueber Behandlung und Unterbringung der irren Verbrecher. S. 213.
43. *Emmerich, Otto.* Die Heilung des chronischen Morphinismus (Cocainismus etc.) ohne Zwang und Qual. S. 213.
44. *Kraepelin, Emil.* Ueber geistige Arbeit. S. 214.
45. *Placzek, S.* Das Berufsgeheimniss des Arztes. S. 214.
46. *Baumgarten, P.* Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen u. s. w. S. 214.
47. Jahresbericht über die Verwaltung des Medicinalwesens, die Krankenanstalten und des öffentlichen Gesundheitswesens der Stadt Frankfurt am Main. S. 214.
48. *Roth, E.* Armen-Fürsorge und Armen-Krankenpflege. S. 215.
49. *Mencke.* Welche Aufgaben erfüllt das Krankenhaus der kleinen Städte und wie ist es einzurichten? S. 216.
50. *Osthoff, Georg.* Anlagen für die Versorgung der Städte mit Lebensmitteln: Markthallen, Schlachthöfe und Viehmärkte. S. 216.
51. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. S. 217.
52. *Warfvinge, F. W.* Årsberättelse (den fiortonde) från Sabbatsbergs sjukhus för 1892. S. 218.
53. *Hjelt, Otto E. A.* Svenska och finska medicinalverkets historia 1663—1812. S. 220.

Für die Redaktion verantwortlich: *Dr. P. J. Möbius* und *Dr. H. Dippe.* — Druck von Walter Wigand in Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

SCHMIDT'S
JAHRBÜCHER
DER
IN- UND AUSLÄNDISCHEN
GESAMMTEN MEDICIN.

UNTER MITWIRKUNG VON

Prof. Dr. A. WINTER

REDIGIRT VON

Dr. P. J. MÖBIUS und Dr. H. DIPPE

IN LEIPZIG.

Band 242.

JAHRGANG 1894. — Nr. 6.

LEIPZIG 1894.

VERLAG VON OTTO WIGAND.

Inhalt.

A. Auszüge.

Medicinische Physik, Chemie u. Botanik.
Anatomie u. Physiologie. Nr. 356—367.
Allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie. Nr. 368—387.
Pharmakologie u. Toxikologie. Nr. 388—402.
Neuropathologie u. Psychiatrie. Nr. 403—408.
Innere Medicin. Nr. 409—421.
Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde. Nr. 422—442.
Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde. Nr. 443—457.
Hygieine u. Staatsarzneikunde.
Medicin im Allgemeinen.

B. Originalabhandlungen u. Uebersichten. Nr. V. S. 261. Nr. VI. S. 272.

C. Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes. S. 277.

Sach- und Namenregister. S. 341.

Ausgegeben den 15. Juni 1894.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Um Einsendung von Sonder-Abzügen, Dissertationen etc. wird ergebenst gebeten. Alle Sendungen wolle man an die Expedition, Leipzig, Rossplatz 3, adressiren.

Inhalt.

A. Auszüge.

I. *Anatomie und Physiologie.*

356. *Popoff, Demetrius.* Zur Morphologie und Histologie der Tuben und des Parovariums beim Menschen während des intra- und extrauterinen Lebens bis zur Pubertät. S. 221.
357. *Onodi, A.* Untersuchungen zur Lehre von den Kehlkopflähmungen. S. 221.
358. *Krause.* Die Retina. S. 223.
359. *v. Leonowa, O.* Ueber das Verhalten der Neuroblasten des Occipital-Lappens bei Anophthalmie und Bulbusatrophie und seine Beziehungen zum Sehakt. S. 223.
360. *Andriezen, W. Lloyd.* Ueber die Zirbeldrüse. S. 223.
361. *Matte, F.* Experimentelle Untersuchungen über die Funktion des Ohrlabyrinthes der Tauben. S. 223.
362. *Schoumow-Simanowsky, E. O.* Ueber den Magensaft der Hunde. S. 223.
363. *Dubs.* Der Einfluss des Chloroforms auf die künstliche Pepsinverdauung. S. 224.
364. *Hahn, M., O. Massen, M. Nencki* u. *J. Pawlow.* Die Eck'sche Fistel zwischen der unteren Hohlvene und der Pfortader und ihre Folgen für den Organismus. S. 224.
365. *Voit, Carl.* Ueber die Beziehungen der Galleabsonderung zum Gesammtstoffwechsel im thierischen Organismus. S. 226.
366. 1) *Vassiliew, N.* Ueber die Bedeutung des Pankreas. — 2) *Becker, N. M.* Ueber die Einwirkung gewisser Salze auf die Absonderung des Pankreas. S. 226.
367. *Meltzer, S. J.* Ueber die fundamentale Bedeutung der Erschütterung für die lebende Materie. S. 227.

II. *Allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie.*

368. *Cetanni, E.* Untersuchungen über das Infektionsfieber. S. 227.
369. *de Stoecklin, Henry.* Ueber die Beweglichkeit und die Cilien der als Bacterium coli bezeichneten Bakterien. S. 228.
370. *Fremlin.* Vergleichende Unterschiede an Bacterium coli commune verschiedener Provenienz. S. 228.
371. *Krefting.* Ueber den Bacillus des weichen Schankers. S. 229.
372. *Sakowski, M.* Beiträge zur Lehre von den Bakterien des blauen Eiters (Bacillus pyocyaneus). S. 228.
373. *Krannhals.* Ueber Pyocyaneus-Infektionen. S. 229.
374. *Kossel, H.* Zur Frage der Pathogenität des Bacillus pyocyaneus für den Menschen. S. 229.
375. *Klein, E.* Ueber den von Gärtner beschriebenen neuen gasbildenden Bacillus. S. 230.
376. *Schnitzler, Julius.* Ueber den Befund virulenter Staphylokokken in einem seit 35 Jahren geschlossenen osteomyelitischen Herde. S. 230.
377. *Babes, V.* Ueber die durch Streptokokken bedingte akute Leberentartung. S. 230.
378. *Ranglaret* u. *J. Maheu.* Ueber einen Bacillus bei Icterus gravis. S. 230.
379. *Gara, Géza.* Beiträge zur Kenntniss der pathologischen Veränderung der Darmfäulniss. S. 231.
380. *Eiger, J.* Ueber den Gehalt des Harnes an Aetherschwefelsäuren bei einigen Krankheiten, besonders bei Leberkrankheiten, und über den Einfluss einiger antiseptischer Mittel auf die Ausscheidung dieser Säuren. S. 231.
381. *Hopadze, J. S.* Zur Frage über den Gehalt an Aetherschwefelsäuren im Harn bei Leberkrankheiten. S. 232.
382. *Homén, E. A.* Ein Fall von multiplen syphilitischen Geschwüren und Strikturen im Dünndarm. S. 232.
383. *Fischer, J.* Zur Kenntniss der Darmaffektionen bei Nephritis und Urämie. S. 232.
384. *Selter, P.* Ein Aneurysma der Milzarterie, entstanden in Folge einer durch Embolie hervorgerufenen Blutdrucksteigerung. S. 233.
385. *Lubarsch, O.* Zur Lehre von der Parenchymzellenembolie. S. 233.
386. *Zielinska, Marie.* Beiträge zur Kenntniss der normalen und strumösen Schilddrüse des Menschen und des Hundes. S. 234.
387. *Hofmeister, F.* Experimentelle Untersuchungen über die Folgen des Schilddrüsenverlustes. S. 234.

III. *Pharmakologie und Toxikologie.*

388. *Sokolow, N. M.* Ueber die Resorption einiger Salze nach Einreibung in Form von Salben. S. 235.
389. *Kandidow, P. G.* Ueber die Ausscheidung einiger Arzneimittel, welche per rectum eingeführt wurden, durch den Magen und den Harn. S. 235.
390. *Rosenthal, I.* Ueber die Ausscheidung des subcutan injicirten Morphiums durch den Speichel. S. 235.
391. *Severi, A.* Versuche über die Ausscheidung der arsenigen Säure aus dem Organismus. S. 236.
392. *Rovighi, A.* Ueber die Einwirkung gewisser Antipyretica und Antiseptica auf die Aetherschwefelsäuren im Harne. S. 236.
393. *Schäffer, Jean.* Ueber den Desinfektionswerth des Aethylendiaminsilberphosphats und Aethylendiaminkresols, nebst Bemerkungen über die Anwendung der Centrifuge bei Desinfektionsversuchen. S. 237.
394. *Nenki, M.,* u. *N. Sieber.* Ueber die chemische Zusammensetzung des russischen Nadelholztheers und seine desinficirenden Eigenschaften. S. 237.
395. *Karpow, G.* Ueber die desinficirende Wirkung der Monochlorphenole. S. 238.
396. *Tschourilow, J.* Ueber die Behandlung des Erysipels mit Chlor- und Brom-Phenol. S. 238.
397. *Stokvis, B. J.* Ueber den gegenseitigen Antagonismus von Giften und Heilmitteln und die combinirte Wirkung gegenseitig antagonistischer Mittel. S. 239.
398. *Körte, W.* Zum Vergleiche der Chloroform- und Aethernarkose. S. 239.
399. *Grossmann, O.* Die Aethernarkose. S. 239.
400. *Tschmarke, Paul.* Die bisherigen Erfahrungen bei Aethernarkosen. S. 239.
401. *Wunderlich, O.* Klinische Untersuchungen über die Wirkung der Aether- und Chloroformnarkose auf die Nieren. S. 240.
402. *Fedorow, P. Th.* Ueber den Gebrauch des Pentals in der Chirurgie. S. 240.

IV. *Neuropathologie und Psychiatrie.*

403. Ueber verschiedene Formen der Augenmuskelstörungen. (Zusammenstellung.) S. 240.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

INTELLIGENZBLATT

zu den

Jahrbüchern der in- und ausländischen gesammten Medicin.

№ 6.] Insertionsgebühren werden mit 30 Pf. für die gespaltene Petitzeile berechnet. Schriften für das medicinische Publikum dürften nur durch unsere Jahrbücher am schnellsten und erfolgreichsten bekannt gemacht werden. [1894.

Moorbäder im Hause und zu jeder Jahreszeit.



Einziger **natürlicher Ersatz** für Mineral-Moorbäder.

Mattoni's Moorsalz (trockener Extract) in Kistchen à 1 Ko.

Mattoni's Moorlauge (flüssiger Extract) in Flaschen à 2 Ko.

Heinrich Mattoni, Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschien:

Heim, Dr. L., Lehrbuch der bakteriologischen Untersuchung u. Diagnostik. Eine Anleitung zur Ausführung bakteriolog. Arbeiten und zur Einrichtung bakteriolog. Arbeitsstätten mit zahlreichen, vielfach nach Originalphotogrammen hergestellten Abbildungen und mit 8 Tafeln in Lichtdruck, enthaltend 50 Photogramme von Mikroorganismen. gr. 8. geh. 16 M.

Karewski, Dr. F., Die chirurg. Krankheiten des Kindesalters. Mit 325 Abbildungen. gr. 8. geh. 20 M.

Verlag von OTTO WIGAND in Leipzig.

Die

Tripperansteckung

beim

weiblichen Geschlechte.

Ein klinischer Vortrag

von

Dr. med. M. Sänger

Prof. der Geburtshülfe u. Gynäkologie an der Universität Leipzig.

Preis 1 Mark.

Gustav Fock, Buchhandlung, **Leipzig**

sucht zu kaufen und erbittet Angebote von:

Schmidt's Jahrbücher, cplt. u. einz.

Bad Köstritz.

Station: Linie Leipzig-Probstzella.

Trockene warme **Sandbäder, Massage, Sool-, Fichtennadel-** und andere Bäder. Ausgezeichnete Erfolge bei **Rheumatismus, Gicht, Nierenleiden, Exsudaten.** **Eröffnung 1. Mai.**

Prospekte gratis und franko durch die Direktion.

Pflanzenpepton-Diäten von **J. Paul Liebe, Dresden.**

14 Medaillen und Diplome.

Liebe's lösliche Leguminose, 25% Eiweiss peptonisirt, **Stärke** part. dextrinirt enthaltend, giebt **dünnflüssige, mundende Suppe.** 4, 1/1 u. 1/2 Ko.-Dosen, M. 9,00, 2,25 u. 1,25.

Leguminosen-Chocolade u. -Cacao, mit je 20%, erstere feine **Normalspeise,** letzterer in **difficilsten Fällen** geeignet.

— In den Apotheken. —

Verlag von Otto Wigand in Leipzig.

San Remo, eine deutsche Winterkolonie. Neu bearb. von Dr. R. Koerner und Dr. C. Rieth. 3. verbesserte Auflage. Mit 4 Karten und 1 Temperatur-Tabelle. 5 Mark.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

XVII. Jahrgang. **1894.** **XVII. Jahrgang.**

Die

„Wiener Medizinische Blätter“

herausgegeben von Dr. Berthold Beer

erscheinen wöchentlich, und bringen ausser Originalabhandlungen aus der Feder hervorragender österreichischer, deutscher, englischer und französischer Fachgelehrter eingehende Originalberichte über die Versammlungen der Wiener ärztlichen Gesellschaft sowie der hervorragendsten medizinischen Gesellschaften des Auslandes. Die wichtigsten medizinischen Fragen werden in Leitartikeln und Feuilletons besprochen. Ueber therapeutische Neuheiten wird raschestens ausführlich referirt. Die theoretischen Fächer der Medizin (Mikroscopie, Bakteriologie, Hygiene, Photographie) werden in zusammenfassenden Referaten von Zeit zu Zeit abgehandelt. Vorgänge an den hervorragendsten ausländischen Centren der Wissenschaft werden durch an denselben bestellte Specialcorrespondenten des Blattes frühestens zur Mittheilung gebracht. Jede Nummer enthält eine Liste der für Aerzte (Postgraduate Courses) jeweilig abgehaltenen Specialcurse an den verschiedenen deutschen und österreichischen Universitäten.

Abonnementspreis für Oesterreich-Ungarn ganzjährig fl. 8. —. Für das Ausland M. 20.

Inserate billigst.

Verlag von **Otto Wigand** in **Leipzig.**

Ueber die Rehabilitation

der

Schamfugentrennung

oder

Symphyseotomie

durch die geburtshülfliche Schule in Neapel.

Von

Dr. med. Franz Ludwig Neugebauer

in Warschau.

I. Theil.

Die Geschichte des Schamfugenschnittes und die bisherige Casuistik von 437 Operationen von 1777 bis Ende Juni 1893.

Nebst Litteraturverzeichniss.

Preis 6 Mark.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 242. **1894.** **№ 3.**

A. Auszüge.

I. Anatomie und Physiologie.

356. **Zur Morphologie und Histologie der Tuben und des Parovariums beim Menschen während des intra- und extrauterinen Lebens bis zur Pubertät**; von Demetrius Popoff. (Arch. f. Gynäkol. XLIV. 2. p. 275. 1893.)

Während der makroskopische Bau der Tuben bei Früchten und Kindern bis zur Pubertät von Freund klargestellt ist, blieb das mikroskopische Verhalten bisher fast völlig unberücksichtigt. Diese Lücke in der Tubenlehre wird durch die vorliegende Arbeit ausgefüllt, die Früchte und Kinderleichen vom 3. Monat aufwärts als Material verwerthete. *Makroskopisch* wurde zunächst festgestellt, bez. bestätigt, dass die Tuben von Früchten aus der ersten Hälfte des intrauterinen Lebens bereits eine Schlängelung zeigen, welche mit dem Alter der Frucht allmählich deutlicher wird und vom Wachsthum der Tube abhängig ist; sie ist der Ausdruck des Missverhältnisses zwischen der sich verlängernden Tube und dem Bauchfell. Die Dicke und das Lumen der Tuben nehmen ebenfalls mit dem Alter der Früchte und der Kinder zu. Mitunter findet man eine verschiedene Grösse von Tube und Ovarium der einen und der anderen Seite; diese Asymmetrie der Uterusadnexe kann von Bildungsmängeln derselben und von Zerrungen abhängen. Das Wachsthum der *Schleimhaut* geht schneller vor sich, als das der übrigen Schichten der Tubenwandung, so entstehen in der anfangs glatten Röhre die Falten der Schleimhaut, die gegen das Ende des extrauterinen Lebens bezüglich ihrer Gestalt denen in den Tuben Erwachsener nahe stehen. Die Trennung der embryonalen Zellenelemente der Tubenschleimhaut schreitet mit dem Wachsthum der Frucht fort und die Zahl der runden Zellenelemente, welche sich immer mehr vergrössert, thut dies besonders gegen die Geburt hin und bei Neugeborenen. Das *Cylinderepithel* auf der Tubenschleimhaut zeichnet sich durch grössere Höhe auf dem Gipfel der Falten, als an ihrer Basis aus; gegen Ende des intrauterinen Lebens ist das Epithel der Tuben mit Flimmerhaaren besetzt und weist dieselbe Höhe auf, wie das entsprechende Epithel bei erwachsenen Frauen. Die *Muskulatur* in den Wandungen der Tuben beginnt sich erst in der Mitte des intrauterinen Lebens der Frucht deutlich zu unterscheiden; dabei tritt die innere cirkuläre Schicht früher auf, als die äussere Längsschicht. Die im lockeren Bindegewebe des breiten Mutterbandes gelegenen *Parovarialröhrchen* besitzen Wandungen. Gegen das Ende des intrauterinen Lebens der Früchte, sowie auch bei Kindern bemerkt man, dass die bindegewebige Wandung jedes Röhrchens aus zwei Schichten besteht: einer inneren mit längsgerichteten Fasern und einer äusseren cirkulären Schicht. Das Lumen der Kanälchen ist bei Früchten in frühen Stadien des embryonalen Lebens mit niedrigem cylindrischen oder würfelförmigen Epithel ausgekleidet. Die zu Grunde gegangenen Kanälchen, sowie solche mit körnigem Detritus und mit zerfallendem Epithel sind gewöhnlich im inneren Theil des Lig. latum gelegen (Paroophoron). Brosin (Dresden).

357. **Untersuchungen zur Lehre von den Kehlkopflähmungen**; von Dr. A. Onodi in Budapest. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 27—30. 32. 33. 1893.)

1) *Anatomie der Kehlkopfnerven.* Die Ansichten der Autoren über die Innervation der Kehlkopfmuskeln sind sehr auseinandergehend. Zu Beginn des Jahrhunderts nahm man an, dass die meisten Muskeln zwei- oder dreifach innervirt werden. Allmählich wurde dieser Standpunkt mehr und

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

mehr verlassen und Luschka lehrte, dass der Cricothyreoideus vom äusseren Aste des Superior versorgt werde, während der innere Ast nur zur Schleimhaut gehe, alle übrigen Muskeln aber vom Recurrens innervirt werden. O. selbst hat sich in einer früheren Arbeit (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXI. 4. 1887) dahin ausgesprochen, dass der Arytaen. transvers. vom Superior und Recurrens innervirt werde. Nach seinen neueren Untersuchungen stellt sich O. ganz auf den Standpunkt Luschka's, ausserdem hat er aber gefunden, wie er in einer der der Arbeit beigegebenen Figuren zeigt, dass ausser der in der Ansa Galeni stattfindenden Verbindung zwischen Recurrens und innerem Ast des Superior im Gebiete des Arytaen. transvers. 4 paarige und 1 unpaarige Verbindung zwischen den oberen Kehlkopfnerven und dem für den Transversus bestimmten Recurrenszweig bestehen.

An der Innervation der Schleimhaut nehmen der Superior und der Recurrens Theil, ersterer in stärkerem Maasse. Es treten ferner sensible Fasern über die Mittellinie und es findet so eine gekreuzte, doppelte Innervation der Schleimhaut statt.

2) *Der Sympathicus in der Innervation des Kehlkopfes.* Versuche an Hunden, Freilegung des doppelten Grenzstranges, sowie des R. communicans mit dem Plexus brachialis und Reizung dieser Nerven mit dem faradischen Strom, wobei immer Contraktion der entsprechenden Stimmbandmuskeln und rasche Bewegung des Stimmbandes zur Mittellinie eintrat, haben gezeigt, dass in den Bahnen der Communikanten zwischen Plexus brachialis und Sympathicus, ferner in dem doppelten Grenzstrang zwischen dem unteren sympathischen Halsganglion und dem 1. Brustganglion Fasern enthalten sind, die an der Innervation der Kehlkopfmuskeln Theil nehmen.

3) *Die doppelte Innervation nach Exner.* Auf Grund seiner Versuche vertritt O. die Ansicht, dass der N. laryngeus medius Exner's beim Hunde und Kaninchen zwar an der Innervation des M. crico-thyreoideus sich betheilige, dass er aber nur als ein ausgeschalteter Theil der sonst im Superior verlaufenden motorischen Fasern aufzufassen sei. Gegen die doppelte Innervation der übrigen Kehlkopfmuskeln, wie sie Exner beim Kaninchen gefunden hat, spricht sich O. in Bezug auf den Menschen aus klinischen, anatomischen und physiologischen Gründen auf das Entschiedenste aus.

4) *Physiologische Untersuchungen über die Muskeln und Nerven des Kehlkopfes.* Die von manchen Autoren behauptete Verschiedenheit der Einwirkung des Reizes auf die Stimmritze, je nach der Stärke des Stromes, konnte O. durch seine Versuche nicht bestätigen. Er fand, dass schwache und starke Reizungen meist zum Schluss der Stimmritze führen, dass sich aber mitunter auch auf den gleichen Reiz die Stimmritze sowohl öffnet, als schliesst.

Die Hypothese Jelenffy's, dass der innere Theil des Posticus den Proc. vocalis nach innen dreht, erklärt O. auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen und physiologischen Versuche für völlig unbegründet. Der Posticus und der Lateralis sind Antagonisten.

In Betreff des Erlöschens der Reizbarkeit der verschiedenen Muskeln nach dem Tode zeigten die Versuche, dass die Reizbarkeit des Posticus zuerst erlischt, wie das schon Semon und Horsley festgestellt haben, und dass diese Thatsache sich nicht, wie Jelenffy behauptet hat, durch ein früheres Auskühlen des Posticus erklären lässt.

Was den Einfluss der Aether- und Chloroformnarkose auf die Reizbarkeit betrifft, so ergab sich, dass in der Narkose bis zum Eintritt des Todes schwache und starke Ströme, die auf die Recurrentes einwirken, gleichfalls den Schluss der Stimmritze bewirken. Nach dem Aethertode führt Reizung der Recurrentes zum Schluss der Stimmritze, nach dem Chloroformtode trat in einem Falle nach Reizung Erweiterung, sonst auch Schluss der Stimmritze ein. Die Recurrentes verlieren nach dem Tode die elektrische Reizbarkeit früher als die Muskeln. Von den letzteren stirbt zuerst der Posticus ab, die Verengerer erst später und zuletzt der Thyreo-arytaen. internus.

5) *Zur Physiologie der isolirten Recurrenszweige.* Schon 1889 hat O. eine Methode mitgetheilt, durch die es ihm, wie jetzt Risien Russel, gelungen ist, den Recurrensstamm in 3, bez. 4 Theile zu zerlegen. Reizung dieser Theile hat gelehrt, dass der eine die zum Posticus gehenden Fasern enthält und dass seine Reizung immer nur Erweiterung der Stimmritze bewirkt, während durch Reizung der übrigen Theile Verengerung der Stimmritze in verschiedener Weise hervorgerufen wird. Versuche an Hund, Rind, Schwein und Schaf haben ergeben, dass nach dem Tode die Reizbarkeit und Leitungsfähigkeit in den für die Erweiterer bestimmten Recurrenszweigen früher erlischt, als in den für die Verengerer bestimmten; am längsten bewahren ihre Reizbarkeit die Fasern für den Thyreo-arytaen. internus. Diese Thatsache giebt auch eine Erklärung für die Semon'sche Lehre, dass bei den verschiedensten centralen und peripherischen organischen Recurrenserkrankungen die Erweiterer ausschliesslich oder doch vorwiegend und früher erkranken, als die Verengerer.

O. theilt einen Fall mit, der den pathologisch-anatomischen Nachweis für diese Lehre giebt. Bei einer Kr. mit Aortenaneurysma war im Leben das linke Stimmband unbeweglich in Cadaverstellung, dass rechte Stimmband in der Mittellinie bei der Inspiration unbeweglich, bei der Phonation sich dem andern Stimmband nähernd. Die *Sektion* zeigte, dass zwei Aneurysmata vorhanden waren, von denen das eine den linken Recurrens vollständig comprimirt hatte, während der rechte Recurrens durch das andere Aneurysma nur theilweise lädirt war. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich der nach O.'s Methode isolirte rechte Posticusnerv gänzlich degenerirt, der rechte Nerv für den Thyreo-arytae-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

noideus zum Theil degenerirt, während der Nerv für den rechten Lateralis und der für den Transversus gesund waren. Links war dagegen der ganze Recurrens fast vollständig degenerirt, nur einige Fasern für den Lateralis und Transversus waren erhalten.

Was die von Wagner zur Erklärung der Medianstellung bei Recurrenserkrankungen herbeigezogene Wirkung des Crico-thyreoideus betrifft, so hat O. durch Experimente gezeigt, dass in der That nach Durchschneidung des Recurrens Contraktion des Crico-thyreoideus, in Verbindung mit dem Luftdruck bei der Inspiration, eine Medianstellung des Stimmbandes bewirken kann, er führt aber aus, dass die Medianstellung in den hier in Frage kommenden Fällen nicht auf diese Weise zu Stande kommt, sondern in der Weise, wie es Semon angenommen hat.

Rudolf Heymann (Leipzig).

358. **Die Retina**; von Krause. (Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XI. 2. p. 69. 1894.)

Mit diesem Bande der Monatschrift schliesst K. seine eingehenden Untersuchungen über die Retina der Thiere ab. Es wird hier ausschliesslich die Retina der Vögel behandelt. Wie die früheren Abhandlungen enthalten auch diese die genaueste Beschreibung und Messung der kleinsten Retinatheile, die ohne die beigegebenen vortrefflichen Zeichnungen und nur im kurzen Referate wenig verständlich wären. Lamhofer (Leipzig).

359. **Ueber das Verhalten der Neuroblasten des Occipital-Lappens bei Anophthalmie und Bulbusatrophie und seine Beziehungen zum Sehakt**; von Dr. O. v. Leonowa. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [Anat. Abth.] 5 u. 6. p. 308. 1893.)

An der normalen Rinde der Sulci calcarini werden 7—9 Schichten unterschieden. Von diesen erleiden einige bei Bulbusatrophie und Anophthalmie wesentliche Veränderungen. Bei Anophthalmie sind alle Kerne bedeutend kleiner, bei Bulbusatrophie grösser. In beiden Fällen ist die 4. Schicht, die sog. „helle Streifenschicht mit zerstreuten Neuroblasten", spurlos verschwunden, und zwar stets nur diese Schicht. L. glaubt darum, dass gerade diese Schicht in engster Beziehung zum Sehorgane stehe und ihre Entwicklung nur bei dessen Existenz möglich sei. „Der Occipitallappen, Cuneus, bez. die Rinde des Sulcus calc. und besonders die Schicht IV stellen ein wirkliches Sehcentrum dar. Hier werden die rohen Empfindungen, die wir von den subcortikalen Centren empfangen, psychisch bearbeitet und als Seh-Vorstellungen und -Begriffe aufbewahrt."

Lamhofer (Leipzig).

360. **The morphology, origin and evolution of function of the pituitary body and its relations to the central nervous system**; by W. Lloyd Andriezen. (Brit. med. Journ. Jan. 13. 1894.)

A. hat vergleichend-anatomische Studien über die Zirbeldrüse angestellt und ist dabei zu folgendem Ergebniss gelangt: Die Zirbeldrüse war ursprünglich am Eingang eines Kanals gelegen, welcher dazu diente, das centrale Nervensystem mit Wasser zu durchspülen und ihm auf diese Weise Sauerstoff zuzuführen, Stoffwechselprodukte zu entfernen. Am Eingange dieses Kanals befand sich ein echt drüsiges Organ, dessen Absonderungsprodukt trophische Eigenschaften für das centrale Nervensystem besass. Da, wo der Gang in die Hirnhöhle mündet, befindet sich eine Anhäufung von Nervenzellen, ein Apparat, welcher die Beschaffenheit des durchfliessenden Wassers prüft. Der Gang selbst ist mit Flimmerepithel ausgekleidet, welches dem Wasserstrom eine bestimmte Richtung giebt. Mit der zunehmenden Entwickelung des Blutgefässsystems nun wurde dieser Kanal überflüssig, er schloss sich. Die Nervenzellen blieben in der Entwickelung zurück, aus der offenen Drüse wurde eine geschlossene, deren Sekret aber noch immer trophische Eigenschaften besitzt, wie z. B. dasjenige der Schilddrüse, welche mancherlei Analogien zur Zirbeldrüse zeigt. Sind diese Ansichten richtig, so müssen sich von theoretischem Standpunkte aus nach Zerstörung der Zirbeldrüse einstellen: 1) Apathie, 2) Muskelschwäche, 3) Krämpfe, 4) subnormale Temperatur, 5) Ataxie, 6) Abmagerung, 7) Polypnöe, bez. anfallsweise auftretende Dyspnöe, 8) schneller Verfall und Tod. Weitere Untersuchungen werden die Richtigkeit dieser Schlussfolgerungen zu erweisen haben.

Brückner (Dresden).

361. **Experimentelle Untersuchungen über die Funktion des Ohrlabyrinthes der Tauben**; von F. Matte. Vorläufige Mittheilung. (Fortschr. d. Med. XII. 4. 1894.)

M. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgendem Resultate: *Die Utricularapparate (Bogengänge, sowohl wie Ampullen) gehören zu den Gehörorganen.* „Ausserdem aber bilden dieselben eine Vorrichtung, welche der Erhaltung des Gleichgewichtes dient. Sie sind so zu sagen Sinnesorgane für das Gleichgewicht des Kopfes und mittelbar des Körpers." Hauser (Erlangen).

362. **Sur le suc stomacal et la pepsine chez les chiens**; par Mme. le Dr. E. O. Schoumow-Simanowsky. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. II. 3. p. 463. 1893.)

Von einer gelegentlichen früheren Beobachtung ausgehend, wonach der unvermischt aufgefangene Magensaft von Hunden mit Magenfisteln sich bei starker Abkühlung trübte und unter 0° sich diese Trübung als granulöse, vollständig homogene Masse absetzte, versuchte Sch.-S. unter Pawlow's Leitung sich zu einigen chemischen Versuchen ausreichende Mengen reinsten Magensaftes zu verschaffen. Unter günstigen Umständen gelang es, von einem Hunde bis zu 300 ccm Magensaft je

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

2mal in der Woche zu gewinnen. Verunreinigung durch verschluckten Speichel war dadurch ausgeschlossen worden, dass nach völliger Verheilung der Magenfistel auch noch die Oesophagotomie gemacht wurde. Nach dieser neuen Operation wurden die Thiere von der Magenfistel aus künstlich ernährt; sie nahmen bei der sorgfältigen auf sie verwandten Pflege sogar noch langsam an Körpergewicht zu und befanden sich wohl. Um bei diesen Thieren Magensaftabsonderung hervorzurufen, wurde 15—17 Std. nach einer Fleischmahlzeit und 4—5 Std. nach Eingabe von Wasser durch die Magenfistel das Thier in einem zur Auffangung des Saftes geeigneten Gestell gehalten und mit kleinen Fleischstückchen gefüttert, die es mit grosser Gier schluckte, die aber zu der Oesophaguswunde wieder herausfielen, ohne dass Etwas, nicht einmal Speichel, in den Magen gelangte. Durch dieses „repas fictif" wurde die Thätigkeit der Magendrüsen auf psychischem Wege mit gutem Erfolg in Gang gebracht und wurden Portionen von 300 ccm Saft gewonnen.

Der in der Kälte sich abscheidende Niederschlag ist nur der kleinere Theil der vorhandenen Gesammtmenge, ausserdem kann man aber durch Eindampfen im Vacuum bei einer 30° C. nicht übersteigenden Temperatur, ferner durch Ausfällung mit Ammonsulfat diese Substanz, welche Sch.-S. für das Pepsin selbst hält, aus der Lösung abscheiden. Allen ihren Reaktionen nach verhält sich diese Substanz wie ein Albuminkörper, ihre elementaranalytische Zusammensetzung (ob aschefrei?) gibt Sch.-S. folgendermaassen an: C = 50.71%; H = 7.17%; Cl = 1.16—1.01%; S = 0.98%; N = 14.55—15.0%.

Während der Magensaft nach aussen abgeleitet wurde, gingen in der Beschaffenheit des Harns wichtige Veränderungen vor; er begann sich zu trüben, nahm an Menge ab, das specifische Gewicht stieg, es kam zu Niederschlägen von phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia, der Harn brauste mit Essigsäure auf, enthielt etwas Gallenfarbstoff, aber weder Zucker, noch Albumin, noch Pepton, noch Albumose und auch kein Chlor, bisweilen nur Spuren davon. Die Harnsäure war procentisch fast auf das Doppelte gestiegen. Die Reaktion des Harns war stark alkalisch geworden. Diese Erscheinungen sind nur so zu erklären, dass das bei der Zerlegung des Kochsalzes in Magensalzsäure und Natron freigewordene Alkali durch den Urin als kohlensaures Salz ausgeschieden wurde.

H. Dreser (Bonn).

363. Der Einfluss des Chloroforms auf die künstliche Pepsinverdauung; von Dr. Dubs. (Virchow's Arch. CXXXIV. 3. p. 519. 1893.)

D. kam zu folgenden Resultaten: Die künstliche Pepsinverdauung wird durch Anwesenheit von 0.23—0.36% Chloroform befördert, dagegen gehemmt, wenn die Verdauungsflüssigkeit mit Chloroform gesättigt ist. Bei Anwendung von salzsauren Magenschleimhautextrakten (statt Pepsinlösung) tritt die hemmende Wirkung erst bei stärkerer Concentration auf; ein Chloroformgehalt von 0.6 und 0.7%, der sonst störend wirkt, befördert in diesem Falle noch die Verdauung.

Das Durchleiten eines mässig starken Luftstromes während etwa 1½ Std. setzt in der nächstfolgenden Zeit die eiweisslösende Kraft der Verdauungsflüssigkeit herab, indessen kann nach einigen Tagen sich die Verdauungskraft sogar noch erhöhen.

Dagegen bewirkt das Durchleiten eines starken Luftstromes während etwa 3½ Std. eine Verminderung der eiweisslösenden Kraft, welche Verminderung sich später noch steigert.

V. Lehmann (Berlin).

364. Die Eck'sche Fistel zwischen der unteren Hohlvene und der Pfortader und ihre Folgen für den Organismus; von M. Hahn, O. Massen, M. Nencki u. J. Pawlow. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXII. 3 u. 4. p. 161. 1893.)

Im Jahre 1877 hatte bereits v. Eck durch eine Operation, welche eine künstliche Communikation zwischen der Pfortader und der unteren Hohlvene herstellte, das Blut aus der Pfortader nach deren Unterbindung dicht vor der Leber in die untere Hohlvene geleitet. P. beschreibt ausführlich das von ihm benutzte Operationsverfahren nebst allen für möglichstes Gelingen wichtigen Einzelheiten. Von 60 operirten Hunden starben 2 Drittel in Folge von accidentellen Ursachen; an den übrigen wurden folgende Beobachtungen angestellt. Die Fütterung mit Fleisch zog mehr oder minder schwere nervöse Anfälle nach sich, die oft den Tod zur Folge hatten. Die nervösen Veränderungen beginnen mit psychischer Erregung; vorher sanfte und gehorsame Thiere werden bösartig, es treten dann Convulsionen ein, während deren das Bewusstsein verloren geht. Auf die Convulsionen folgt wieder ein komatöses Stadium; dann liegt das Thier vollkommen regungslos da, von Zeit zu Zeit verfällt es in Zuckungen. Dieser Zustand geht in den Tod oder auch öfters in völlige Heilung über. Frühestens traten die Anfälle am 10. Tage nach der Operation auf. Durch Fleischfütterung lassen sich die Anfälle hervorrufen; während derselben kann auch Blindheit eintreten, die aber später bei stickstoffarmer Diät völlig sich zurückbildet. *Die Hunde, bei welchen das Blut des Verdauungskanals in Folge der v. Eck'schen Operation direkt in die Hohlvene geht, ohne die Leber zu passiren, können kein Fleisch vertragen, ohne ernste Störungen des Nervensystems, die oft den Tod zur Folge haben, zu erleiden.*

Die Untersuchung des Harns der operirten mit Fleisch gefütterten Hunde erwies das Auftreten von *Carbaminsäure im Harn*, zuweilen in beträchtlicher Menge. Die Ausschaltung der Leber aus dem Blut-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

strom des Verdauungsapparates hatte offenbar die normaler Weise stattfindende Synthese des carbaminsauren Ammoniaks $C{=}O\begin{matrix}/NH_2\\ \backslash O.NH_4\end{matrix}$ zu Harnstoff verhindert. Besonders wichtig ist nun die Thatsache, dass die Einführung von carbaminsauren Salzen (Na und Ca) in die Blutbahn normaler Hunde in einer Dosis von 0.25 g Carbaminsäure pro kg Körpergewicht mit Steigerung der Dosis, wie bei den operirten Hunden nach Fleischfütterung 5 aufeinanderfolgende Stadien hervorrief: 1) Somnolenz mit Ataxie; 2) Excitation mit Ataxie und Verlust des Gesichtsinnes; 3) Katalepsie mit Anästhesie; 4) Epilepsie und 5) Tetanus. Vom Magen aus war trotz vorheriger Neutralisation des Magensaftes mit Soda, um einer Zerlegung der Carbaminsäure durch die Salzsäure des Magens vorzubeugen bei normalen Hunden die Eingabe von beliebig grossen Gaben carbaminsaurer Salze per os ganz ohne Wirkung; wurde dagegen die Carbaminsäure solchen Hunden, welche die v. Eck'sche Operation durchgemacht hatten, per os beigebracht, so genügten ungefähr dieselben Dosen, um diese Hunde vom Magen aus zu vergiften, welche bei der Injektion in die Blutbahn hingereicht hatten, und das Vergiftungsbild entsprach genau dem nach Fleischgenuss: zuerst Somnolenz und Ataxie, dann Excitation, Verlust des Augenlichtes und Anästhesie. Wie die Vff. vermuthen, sollen sich die nach der Vergiftung mit Fleisch an den v. Eck'schen Venenfistelhunden zu beobachtenden Erscheinungen nur auf dieses *eine schädliche Agens,* die *Carbaminsäure,* welche im gesunden Zustande in der Leber unter Harnstoffsynthese als Gift neutralisirt wird, beziehen lassen; eine gleichzeitige Vergiftung durch Ammoniak glauben sie verneinen zu sollen.

Ferner ist zu erwähnen, dass der Harn der Hunde, welche sich von der Venenfisteloperation erholt hatten, kein Eiweiss enthielt, bis zu dem Tage, an dem sie durch Fleischfütterung vergiftet wurden.

Die chemische Untersuchung des Harns der operirten Hunde ergab eine Verminderung der Harnstoffausscheidung, besonders stark wurde sie namentlich bei einem Hunde beobachtet, bei dem ausser der v. Eck'schen Venenfistel $^7/_8$ der Leber exstirpirt waren. Eine wesentliche Verschiebung erfuhr auch das Verhältniss des Harnstoffstickstoffs zum Gesammtstickstoff. Der Harnstickstoff, welcher nach Hüfner ca. 89% des Gesammtstickstoffs ausmacht, war nach der Operation auf 77.2% gesunken. Unter den N-haltigen Körpern, welche das Deficit ausfüllen, das hier im Verhältniss von Harnstickstoff und Gesammt-N nach der Operation sich findet, ist die *Vermehrung der Harnsäureausscheidung* hervorzuheben; sie kann nicht durch eine erhöhte Zersetzung des Körpereiweisses erklärt werden, denn die Gesammt-N-Menge ist nicht nur nicht vermehrt, sondern vermindert. Längere Zeit nach der Operation war die Harnsäureausscheidung wieder normal geworden; sie stieg aber beträchtlich, wenn die beschriebenen Vergiftungserscheinungen auftraten.

Ausserdem bewirkte die v. Eck'sche Operation, verbunden mit Unterbindung der Leberarterie, eine vermehrte *Ammoniakausscheidung,* die manchmal nur relativ zum N des Harnstoffs und Gesammt-N war, in anderen Fällen dagegen, sobald die Thiere die Operation um 20 Std. überlebten, absolut war. Ferner steigt die Ammoniakausscheidung rapid bei Hunden mit Venenfistel, sobald sie die ersten Vergiftungsymptome zeigen.

Das Ammoniak stammt zu einem erheblichen Theil aus der Zersetzung der die Vergiftungserscheinungen bedingenden Carbaminsäure her; denn es gelang auch, aus dem Harn ein Calciumsalz zu bereiten, welches alle die für den carbaminsauren Kalk charakteristischen Reaktionen zeigte. Auch gelang der Nachweis von Carbaminsäure im Blute von 2 Hunden mit Venenfisteln, die sich im Höhestadium der Vergiftung befanden und während des komatösen Zustandes durch Arterieneröffnung getödtet wurden; eine genaue quantitative Bestimmung der Carbaminsäure ist zwar zur Zeit nicht möglich, aber nach der Menge der erhaltenen Kalksalze (ungereinigt) zu urtheilen, enthielten beide Blutproben beträchtliche Mengen davon.

Da die Uramidosäuren substituirte Harnstoffe sind, muss auch ihre Bildungstätte die Leber sein. Thiere mit möglichst vollständig entfernter Leber werden voraussichtlich auch eingeführte Amidosäuren nicht mehr zu Uramidokörpern synthetisiren können, sondern unverändert ausscheiden.

Es bleibt unentschieden, ob bei den Säugethieren die Leber das einzige Organ ist, das aus carbaminsaurem Ammoniak Harnstoff bildet, da Hunde mit fast gänzlich exstirpirter Leber oder mit Venenfistel und unterbundener Leberarterie noch immer Harnstoff in ihrem Harn hatten.

Die Bildungstätte des carbaminsauren Ammoniaks ist nicht in die Leber zu verlegen, da gerade dann, wenn die Leberzellen fettig degenerirt oder atrophirt sind, im Blut der Venenfistelhunde am meisten Carbaminsäure gefunden wird und auch gerade während dieser Periode das Thier am wenigsten Injektionen von carbaminsaurem Natrium oder Fleischnahrung verträgt. Als dasjenige Gefäss, welches den Leberzellen das zu Harnstoff zu synthetisirende carbaminsaure Ammoniak zuführt, sehen H. und N. in erster Linie die Leberarterie an. Die Pfortader bringt nur während der Verdauung aus den intensiv thätigen Darmdrüsen und dem Pankreas und der Milz die als letztes Stoffwechsel- und Oxydationsprodukt N-haltiger organischer Körper in alkalischer Flüssigkeit sich bildende Carbaminsäure in die Leber mit.

H. Dreser (Bonn).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

365. **Ueber die Beziehungen der Galleabsonderung zum Gesammtstoffwechsel im thierischen Organismus;** von Carl Voit. (Zeitschr. f. Biol. XXX. N. F.; XII. 4. p. 523. 1894.)

V. veröffentlicht eine 1882 als Beitrag zu einer Festschrift publicirte Abhandlung, die nur wenig verbreitet war, hier nochmals.

Nach Eiweisszufuhr wird die Quantität der abgesonderten Galle (trocken) vermehrt, Zufuhr von Kohlehydraten steigert die Menge etwas, Zufuhr von Fett verringert sie in geringem Grade. Auf die Zusammensetzung der Galle scheint die Art der Nahrung keinen Einfluss zu haben.

Von dem im zersetzten Eiweiss enthaltenen Stickstoff geht nur ein kleiner Bruchtheil in die Galle über; ebenso verhält sich natürlich der Schwefel.

Da mit der Steigerung der Eiweisszersetzung auch die Gallenausscheidung (wenn auch nicht proportional) wächst, so wäre es möglich, dass die Galle nur dem Eiweiss entstammt. Wahrscheinlich hat der stickstofffreie kohlenstoffreiche Eiweissrest, der nach Abspaltung von Harnstoff u. s. w. bleibt, den Hauptantheil an der Gallenbildung.

Aus anderen Beobachtungen scheint auch hervorzugehen, dass sich das Fett ebenfalls an der Gallenbildung betheiligt. V. Lehmann (Berlin).

366. **1) Contribution à la physiologie et à la pharmacologie de la glande pancréatique;** par N. Vassiliew. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. II. 2. p. 219. 1893.)

2) Contributions à la physiologie et à la pharmacologie de la glande pancréatique. II. *De l'influence des solutions de bicarbonate de soude, de sel marin, d'acide carbonique et de quelques eaux alcalines sur la sécrétion du suc pancréatique;* par N. M. Becker. (Ibidem II. 3. p. 433. 1893.)

1) Die vorliegende Experimentaluntersuchung beschäftigt sich mit dem Einflusse, welchen die Ernährung mit verschiedenen Gruppen der Nahrungsmittel auf die physiologische Beschaffenheit des abgesonderten Pankreassaftes ausübt. Von den 3 Fermenten, dem eiweissverdauenden, dem saccharificirenden und dem fettspaltenden, können nämlich die einzelnen in verschiedenen Proben von Pankreassekret sehr ungleich neben einander vertreten sein. Koudrevetzky hat 1890 schon ermittelt, dass durch verschiedenartige Reizung verschiedener, zur Pankreasdrüse in Beziehung stehender Nerven das gegenseitige Verhältniss, in welchem diese 3 Fermente neben einander ausgeschieden werden, in weiten Grenzen veränderlich ist.

Eine nothwendige Vorbedingung war eine permanente Pankreasfistel und eine besondere Schwierigkeit war es, sie zu erhalten. Dauernd liess sich dies nur in der Weise bewerkstelligen, dass das Stück der Darmwand, durch welches der Wirsung'sche Kanal mündete, in Form eines kleinen Rhombus ausgeschnitten wurde und nach Schluss der Lücke im Darm mittels Naht, in die Bauchwand eingenäht wurde. Die sonst den Kanälen der Pankreasfisteln eigene Neigung, sich wieder zu schliessen, fiel durch dieses Verfahren ganz weg. Unter geeigneter Diät (Milch und Brod, kein Fleisch) gewannen die Thiere ihr früheres Körpergewicht bald wieder.

Wenn nun auch die zur Bestimmung von Fermentmengen vorhandenen Methoden auf besondere quantitative Genauigkeit keinen Anspruch erheben können, so genügten sie doch, um wenigstens für die eiweiss- und stärkeverdauenden Fermente (das fettspaltende wurde zunächst nicht geprüft) festzustellen, dass die Fermentbeschaffenheit des Pankreassaftes von der Art der Nahrung abhängt; Fleischnahrung steigert die eiweissverdauende Kraft des Pankreassaftes und vermindert die amylolytische; Fütterung mit Brod und Milch hatte die entgegengesetzte Wirkung. Der Grad und der Ablauf der Veränderungen in der Fermentbeschaffenheit des Pankreassekretes in Folge verschiedener Ernährungsweise waren bei den verschiedenen Versuchsthieren ungleich.

2) Becker ermittelte an den Hunden mit permanenter Pankreasfistel über die Absonderung und den Fermentgehalt des Sekretes Folgendes:

1) Die Eingabe von 250 ccm Wasser in den Magen ruft stets eine ziemlich beträchtliche Absonderung von Pankreassaft hervor. 2) Enthalten die 250 ccm Wasser 1—2 g neutraler oder alkalisch reagirender Salze aufgelöst, so erfolgt eine weniger ausgiebige Sekretion. 3) Die Alkalien und die Neutralsalze verlangsamen also in der Dosis von 1—2 g die Absonderung des Pankreassaftes. 4) In Gaben von 0.5 g ist dieser Einfluss nicht mehr merkbar. 5) Die Salze haben keinen deutlichen Einfluss auf die Schwankungen des eiweissverdauenden Fermentes; diese hängen von der Aenderung der Sekretionsgeschwindigkeit ab.

Durch Eingabe von mit Kohlensäure gesättigtem Wasser wird, da dieses schneller als destillirtes Wasser resorbirt wird, auch eine entsprechend reichlichere Absonderung von Pankreassaft bewirkt, dessen Gehalt an Ferment, besonders an eiweissverdauendem, ebenfalls gestiegen ist.

Demnach ist die raschere Resorption von kohlensaurem Wasser für die Pankreasdrüse ein kräftigerer Reiz, als die langsamere Resorption von destillirtem Wasser, und da die Resorption der Salzlösungen noch langsamer von statten geht, als diejenige des destillirten Wassers, so stellen die Salzlösungen folglich den schwächsten Drüsenreiz dar. Im Allgemeinen entsprach die Aenderung des Fermentgehaltes in gleichem Sinne der Aenderung der Absonderungsgeschwindigkeit.

Kohlensäurehaltiges Getränk ist also das geeignetste Mittel, um die Sekretion des Pankreassaftes zu vermehren. H. Dreser (Bonn).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

367. **Ueber die fundamentale Bedeutung der Erschütterung für die lebende Materie**; von Dr. S. J. Meltzer. (Ztschr. f. Biol. XXX. 4. p. 466. 1894.)

Ueber den Einfluss von Bewegung, speciell Erschütterung, auf Leben und Wachsthum kleinster Organismen (besonders Bakterien) liegen schon ziemlich viele Untersuchungen vor. Sie ergaben indess die widersprechendsten Resultate. Auf der einen Seite wird gefolgert, dass Erschütterung das Leben schädlich beeinflusse oder vernichte, auf der anderen, dass sie dem Gedeihen der Organismen geradezu förderlich sei.

M. zeigt nun in seiner sehr interessanten Arbeit, dass beide Parteien Recht haben.

Verschiedene Bakterienreinculturen wurden auf einer Schüttelmaschine in verschlossener, nur zu einem Drittel gefüllter Flasche täglich 9 Stunden hindurch geschüttelt, theils mit, theils ohne Zusatz kleiner Glasperlen. Die Temperatur stieg hierbei so wenig, dass dieses nicht als Ursache der erzielten Resultate zu betrachten ist.

Es ergab sich, dass die Erschütterung einen fördernden und einen schädigenden Einfluss ausüben kann, je nach der Bakterienart, nach der Dauer und nach der Heftigkeit (mit oder ohne Glasperlen) der Erschütterung. Am deutlichsten konnten die Erscheinungen an einem Bacillus ruber verfolgt werden. Das mechanische Schütteln verhielt sich ganz wie andere physikalische Erscheinungen, z. B. die Wärme. Die Erschütterung als Lebensfaktor zeigte ein Minimum, unter welchem gar kein Wachsthum möglich ist; sie hatte ein Optimum, bei dem der Mikroorganismus am besten gedeiht; sie hatte ferner ein Maximum, bei dem die Organismen zu Grunde gehen. Schliesslich konnte auch ein der „Wärmestarre" vergleichbarer Zustand beobachtet werden.

Die Vernichtung der Mikroorganismen durch das Schütteln kann kein einfaches Zertrümmern sein, denn man findet nie irgend welche Bruchstücke, sondern immer nur ganz feinen, einzeln nicht erkennbaren Staub. Auch können feine Vibrationen der Umgebung die Culturen schädigen.

Der Vorgang (schädigend oder fördernd), der durch die Erschütterung eingeleitet wird, muss sich in den Zellen abspielen, er kann nicht grob mechanischer Natur sein.

Die Erschütterung der lebendigen Materie muss als ein neuer einflussreicher Faktor betrachtet werden, der den anderen physiologischen Faktoren völlig gleichwerthig ist. M.'s Untersuchung eröffnet ein neues Forschungsgebiet.

V. Lehmann (Berlin).

II. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

368. **Untersuchungen über das Infektionsfieber**; von Dr. E. Cetanni. Aus dem Laboratorium des Prof. Tizzoni in Bologna. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 7. 8. 1894.)

C. gewann bei Untersuchungen über die fiebererregenden Gifte der Bakterien die Anschauung, dass das Bild des Bakterienfiebers durch allgemeine Intoxikation mit einem Gifte (Pyrotoxina bacterica) hervorgebracht wird, welches sich im Innern der Bakterien bildet und sich durch seine Eigenschaften von den bis jetzt besser bekannten Bakteriengiften (Ptomaine, Enzyme, Toxalbumine) unterscheidet. Dieses Gift sei allgemein verbreitet und allen Bakterienarten gemein, denn es findet sich bei den verschiedensten Arten, sowohl pathogenen, als nicht pathogenen, und immer mit denselben Eigenschaften.

Die diesen Sätzen zu Grunde liegenden Untersuchungen wurden an zahlreichen Bakterienarten ausgeführt, indem die flüssigen, am besten mehrwöchigen Culturen erhitzt, zuletzt gekocht und dann filtrirt wurden. Das bakterienfreie Filtrat wurde eingeengt, mit Alkohol versetzt, der Niederschlag in destillirtem Wasser gelöst und durch den Dialysator von Albuminaten befreit. Durch Wiederholung der Alkoholfällung u. s. w. Reinigung des „Pyrotoxins", das zuletzt eingetrocknet dargestellt wurde. Der Körper ist in Wasser und Glycerin löslich, in (mehr als 90proc.) Alkohol, Aether und Chloroform unlöslich, und widersteht dem Kochen. Er ist sehr hygroskopisch, zerfliesst rasch an der Luft. Seine chemische Natur ist noch nicht genauer bestimmt, doch gehört er weder zu den Albuminoiden (namentlich ist er kein Nuclein), noch zu den Ptomainen (die Extraktionsverfahren, durch welche Ptomaine gewonnen werden, ergaben pyrotoxinfreies Material) oder zu den Enzymen.

Das Pyrotoxin erzeugte an Kaninchen alle typischen Fiebererscheinungen, ebenso wie die Bakterien und ihre einfachen Extrakte selbst. Die Höhe der Fiebertemperatur war proportional dem Quantum injicirten Pyrotoxins; die Curve stieg um so rascher und höher und sank ebenso um so rascher, je ältere Culturen benutzt wurden. Ferner veranlasste die Injektion meist eine, bis zum Tode fortschreitende Abmagerung, Kachexie; wahrscheinlich erfolgt der Tod im Anschluss an die schwere Schädigung lebenswichtiger Organe. Diarrhöen und Appetitlosigkeit folgen gleichfalls regelmässig; die Peyer'schen Plaques sind geschwollen. Herzschlag und Athmung werden frequenter, es besteht allgemeine Schwäche (Taumeln beim Aufrichten). An der Injektionstelle erzeugt das Pyrotoxin Oedem, eventuell Hämorrhagien; Eiterung wird nur erzeugt, wenn die raschere Resorption des Stoffes durch Einbringung in Röhrchen verhindert wird.

Die Pyrotoxine der pathogenen, wie der nicht pathogenen Bakterien gleichen sich an Wirksamkeit vollkommen, was bei der bekannten Fähigkeit der Saprophyten, Fieber zu erzeugen, nicht Wunder

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

nimmt; ebenso gleichen sich die chemischen Reaktionen der aus den einzelnen Bakterienarten gewonnenen Pyrotoxine. C. nimmt auch vorläufig an, dass die *Quantität* der in den verschiedenen Bakterien enthaltenen Pyrotoxinmengen annähernd gleich sei. Abschwächungen der Virulenz einzelner Bakterienformen schienen keine Verminderung des Pyrotoxingehaltes zu veranlassen; wohl aber war die durch sporenhaltige Culturen (Milzbrand, Subtilis) erzeugte Fieberhöhe erheblich geringer, als die durch sporenfreie hervorgebrachte; das Pyrotoxin scheint in die Sporen eingeschlossen und dann unwirksam zu werden.

Jedenfalls entstammt das Pyrotoxin dem Körper der Bakterien, und zwar wahrscheinlich dem Chromatin. C. glaubt auch, dass sein Pyrotoxin mit den „specifischen" Giften mancher Bakterien, z. B. der Cholera- oder Tuberkelbacillen, identisch sei. Bei anderen Bakterien (Tetanus, Diphtherie, Influenza) übertrifft die Wirkung eines zweiten, besonders starken, specifischen Giftes diejenige des Pyrotoxins; dass trotzdem letzteres auch in den Culturen vorhanden war, ging daraus hervor, dass nach Abschwächung jener specifischen Virulenz die gewöhnlichen allgemeinen Pyrotoxinwirkungen hervortraten.

In therapeutischer Beziehung hofft C., dass es gelingen werde, ebenso wie den Nachweis eines allgemein verbreiteten Pyrotoxins zu führen, so auch ein gegen das Fieber im Allgemeinen gleichmässig wirksames Antitoxin darzustellen.

Beneke (Braunschweig).

369. **Recherches sur la mobilité et les cils de quelques représentants du groupe des coli-bacilles**; par Henry de Stoecklin. (Mittheil. aus Kliniken u. med. Instituten d. Schweiz I. 6. 1894.)

Die sehr verschiedenen Ansichten der Forscher über das Bacterium coli commune von Escherich legen schon den Gedanken nahe, dass es sich bei diesem Bacillus nicht um einen einheitlichen Begriff handle. Nach St. muss man unter dem Bact. coli comm. einen Sammelnamen verstehen für eine Reihe von Darmbakterien, die als Gemeinsames haben, dass sie die Gelatine nicht verflüssigen und sich nicht nach Gram färben. (Damit fügt de St. auch den Bac. lactis aërogenes in die Coligruppe ein.)

Die in die Gruppe fallenden Bakterien sind nicht Varietäten einer einzelnen Art, sondern wohl von einander differenzirte Mikroorganismen. de St. untersuchte den Koth von 30 gesunden Individuen. Er fand zunächst, dass die von Escherich seinem Bacillus zugeschriebene „träge" Beweglichkeit nicht existire. Wohl aber giebt es bewegliche und unbewegliche Arten von Bacterium coli; unter 300 Colonien, die zur genauen Prüfung kamen, fanden sich 116 mit beweglichen und 184 mit unbeweglichen Bacillen, so dass das Verhältniss annähernd $^2/_5$ bewegliche zu $^3/_5$ unbeweglichen beträgt.

Die Anschauung, dass der grösste Theil der Stuhlbakterien Coli commune sei (95% nach Larnelle), stimmt allerdings mit den Ergebnissen der Plattenaussaat, allein die für die Beurtheilung dieser Frage vielmehr geeignete und genauere frische mikroskopische Untersuchung des Stuhles ergiebt eher das Umgekehrte und St. ist geneigt, anzunehmen, dass das Bact. coli comm. die Minderheit bilde.

Eine Unterscheidung der beweglichen Arten des Bact. coli comm. unter sich, sowie gegenüber dem Typhusbacillus wird ermöglicht durch das Löffler'sche Geisselfärbungsverfahren; das Maassverhältniss des Alkali oder der Säure, das, der Beize zugesetzt, die Tinktion der Geisseln ermöglicht, variirt für verschiedene Arten ganz bedeutend, bleibt aber für ein und dieselbe Art stets gleich.

Auf diese Weise hat St. in einer Anzahl von Fällen menschlicher Peritonitis 17 bewegliche Darmbakterien auf Geisseln untersucht, darunter 15 als Colibakterien erkannt und unter diesen wieder 12 völlig verschiedene Arten getrennt.

Die Zahl und Stellung der Geisseln ist verschieden; bald sind es Monotrichen, bald Peritrichen oder Lophotrichen (1—3—4—8).

Ein weiteres interessantes Ergebniss seiner Untersuchungen sah St. in den bei verschiedenen Arten (nur bei Monotrichen nicht) gefundenen Kapseln, die sich stets auf bestimmte Weise durch die obige Färbung darstellen liessen. Die Cilien gingen in diesen Fällen stets von der Kapsel aus, waren ein Bestandtheil derselben, so dass de St. die letztere, entsprechend der Bütschli'schen Ansicht, als Bakterienprotoplasmaleib auffasst.

Die sehr interessante, dem Tavel'schen Laboratorium in Bern entstammende Arbeit bietet eine werthvolle Bereicherung unserer Kenntnisse über das Bact. coli commune.

Marwedel (Heidelberg).

370. **Vergleichende Unterschiede an Bacterium coli commune verschiedener Provenienz**; von Dr. Fremlin. (Arch. f. Hyg. XIX. 3. p. 295 1893.)

Die Arbeit beschäftigt sich mit Untersuchungen über die Eigenschaften des Bact. coli commune, je nachdem es von verschiedenen Thierspecies oder von Menschen stammt, sowie mit vergleichenden Untersuchungen dieser Bakterienart mit dem Typhusbacillus. Gewonnen wurde das Bact. coli commune aus den Exkrementen des Hundes, Kaninchens, der Maus und des Menschen. Es besteht zwischen diesen verschiedenen Bact. coli eine sehr grosse Aehnlichkeit und die beobachteten Differenzen erstrecken sich nur auf geringfügige Unterschiede in der Beweglichkeit, dem Wachsthum auf Platten und Kartoffeln, in Bezug auf

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Gährung und die Empfindlichkeit gegen höhere Temperaturen. Der Hauptunterschied zwischen dem Bact. coli comm. und dem Typhusbacillus liegt besonders darin, dass letzterer keine gährungerregende Kraft besitzt, die Milch nicht zur Gerinnung bringt und viele Geisseln trägt, die in jedem Alter der Typhuscultur sich nachweisen lassen. Ferner giebt das Bact. coli die Indolreaktion mit Kaliumnitrit, der Typhusbacillus nicht.

Goldschmidt (Nürnberg).

371. **Sur le microbe du chancre mou**; par Krefting. (Ann. de Dermatol. et de Syph. IV. 7. p. 836. 1893.)

Zur Vervollständigung seiner früheren Untersuchungen über den Bacillus des weichen Schankers untersuchte K. die excidirten Hautränder eines virulenten Bubo, welcher sich von selbst geöffnet hatte. Die Ueberimpfung des Eiters gelang und ergab charakteristische Pusteln, deren Inhalt die von Ducrey und K. beschriebenen Bacillen aufwies. In den Schnittpräparaten zeigte sich das Gewebe von den in Ketten angeordneten Bacillen durchsetzt. Es ist demnach der Bacillus nunmehr nachgewiesen: 1) in dem Sekret des Schankers und des Bubo, 2) in dem Inhalt der Impfpusteln, 3) in den Schnitten des Schankers und des Bubo. Eine Züchtung der Bacillen auf künstlichem Nährboden ist noch nicht gelungen.

Wermann (Dresden).

372. **Beiträge zur Lehre von den Bakterien des blauen Eiters (Bacillus pyocyaneus)**; von Dr. M. Sakowski. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XV. 3. p. 474. 1893.)

Aus dem Inhalt einer Dickdarmfistel, sowie in einem 2. Falle aus dem einer Dünndarmfistel konnte S. den Bac. pyocyaneus in Reincultur gewinnen. Nach eingehender Berücksichtigung der über diese Bakterienart bereits reichlich vorhandenen Literatur schildert er die Ergebnisse seiner eigenen Studien über die Morphologie und Biologie dieser Bakterienart, von denen besonders die über die Zersetzungsprodukte des Eiweisses unter ihrem Einflusse interessant sind. Bei Sauerstoffabschluss und Zutritt von Kohlensäure entwickelte sich bei einer Temperatur von 37—38° C. schon sehr bald Schwefelwasserstoff und Methylmercaptan; Spuren von Alkohol, Scatol und Fettsäuren, ferner Pepton und Scatolessigsäure waren im Rückstande nachweisbar. Die Produkte der Eiweisszersetzung unter Sauerstoffzutritt waren die gleichen, nur fehlte hier die Scatolessigsäure. Wichtig ist auch die Thatsache, dass der Bacillus pyocyaneus ohne Sauerstoffgehalt zu wachsen vermag, und diese Eigenschaft ist vielleicht daraus zu erklären, dass die Bakterien aus dem Darminhalte gewonnen wurden.

Goldschmidt (Nürnberg).

373. **Ueber Pyocyaneus-Infektionen**; von Dr. Krannhals in Riga. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII 1 u. 2. p. 181. 1893.)

Schimmelbusch hat in seiner neuesten sich mit dem Bacillus pyocyaneus beschäftigenden Arbeit diesem die Eigenschaften eines invasiven pathogenen Mikroorganismus abgesprochen. Dem gegenüber stellt K. die in der Literatur bekannt gewordenen Fälle von Pyocyaneus-Infektion zusammen und reiht ihnen einen Fall eigener Beobachtung an.

Ein kräftiger, an einem Pleuraempyem mit unmittelbarem Erfolge operirter Mann erlag einer unter wesentlich gastrischen Erscheinungen verlaufenen fieberhaften Erkrankung. Die *Sektion* ergab eine Schwellung der Plaques und Follikel im untern Theile des Ileum, starke, choleraähnliche Injektion des Dünndarms, eitrige Mediastinitis, sowie serös-hämorrhagische Perikarditis. Die bakteriologische Untersuchung des Pleural-, wie Perikardialinhaltes wies den Bacillus pyocyaneus nach.

Gemeinsam ist allen Fällen von Pyocyaneus-Infektion, wie K. hervorhebt, die Schnelligkeit des Beginnes, wie die schnell sich entwickelnde Alteration des Allgemeinzustandes; eine regelmässige Erscheinung ist ferner die akute Enteritis, die dem vorher beschriebenen typischen Sektionsbefunde entspricht, stets wurde auch Milzvergrösserung gefunden. Interessant ist, dass der Symptomencomplex, der sich am Thiere experimentell durch Injektion von Bacillus pyocyaneus erzeugen lässt, fast genau dem menschlichen entspricht.

K. kommt zu dem Schlusse, dass, wenn bei einem Kranken mit blauer oder grüner Eiterung sich plötzlich Fieber, schwere nervöse Erscheinungen, Durchfälle und vielleicht auch Hautaffektionen entwickeln, an die Möglichkeit einer Pyocyaneusinfektion gedacht werden muss.

Richter (Berlin).

374. **Zur Frage der Pathogenität des Bacillus pyocyaneus für den Menschen**; von Dr. H. Kossel. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XVI. 2. p. 368. 1894.)

Der Bacillus pyocyaneus, bei Erwachsenen meist ein harmloser Saprophyt, kann für den jugendlichen Körper, speciell im Säuglingsalter, sehr gefährlich werden. Bei einem Kinde von 6 Wochen, das wegen „Abzehrung“ in das Institut für Infektionskrankheiten kam und dort nach 5 Tagen starb, fand man Oedem des linken Unterlappens der linken Lunge, Trübung und Verbreiterung der Rindensubstanz der Nieren, starkes seröses Exsudat an der Pia der Convexität, eitriges Exsudat an der Basis des Kleinhirns, eitriges Sekret in beiden Paukenhöhlen und dem erweiterten Antrum mastoideum. Im Exsudat der Pia wurde der Bacillus pyocyaneus in Reincultur gefunden, ebenso im Herzblut, im Ohreiter, in den ödematösen Theilen der Lunge fand er sich neben Fränkel'schen Diplokokken. K. hat den Bac. pyocyaneus unter 52 anderen bakteriologisch untersuchten eitrigen Exsudaten aus der Paukenhöhle von Säuglingen 8mal gefunden, meist mit anderen Bakterien zusammen, in 3 Fällen bei der Sektion auch im Blut, und dann bestand regelmässig eine fettige Ent-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

artung der Nierenepithelien. In einem Falle von tödtlich verlaufenem Darmkatarrh fand sich in den dunkelgrünen Stühlen der Bac. pyocyaneus in grossen Mengen, während die gewöhnlichen Darmbakterien fast gänzlich verdrängt waren. K. verweist auf analoge Beobachtungen anderer Autoren.

Woltemas (Diepholz).

375. **Ueber den von Gärtner beschriebenen neuen gasbildenden Bacillus**; von E. Klein in London. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 8. 9. p. 276. 1894.)

Wie Gärtner gelegentlich der intraperitonäalen Injektion von Kokkencultur, so erhielt K. nach intraperitonäaler Injektion mit Bac. prodig. neben den ursprünglich injicirten Mikroben einen pathogenen Bacillus, welchen er als einen virulenten Bac. coli auffasst. Dieses Stäbchen zeigte dieselben Eigenschaften wie das von Gärtner beschriebene, war in hohem Grade virulent und verursachte bei subcutaner Injektion ein ausgebreitetes, subcutanes, übelriechendes, blutiges Oedem; es scheint mit dem Bac. coli, wenn nicht identisch, so doch sehr nahe verwandt zu sein. Dass bei der Injektion steriler Culturen von Bac. prod. neben diesen der Bac. coli im peritonäalen Exsudate gefunden wurde, hat wahrscheinlich darin seinen Grund, dass bei der Injektion zufällig eine Läsion des Darmes stattfand, die, obschon nicht zur Perforation führend, doch dem Bac. coli das Austreten in die Peritonäalhöhle gestattete. Auffallend ist nur die erheblich erhöhte Virulenz des Bac. coli in den beschriebenen Fällen.

Goldschmidt (Nürnberg).

376. **Ueber den Befund virulenter Staphylokokken in einem seit 35 Jahren geschlossenen osteomyelitischen Herde**; von Dr. Julius Schnitzler. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 8. 9. p. 270. 1894.)

Ein 42 Jahre alter Mann hatte mit 7 Jahren nach schwerer Contusion durch Auffallen einer Stange auf die rechte untere Extremität eine Osteomyelitis durchgemacht, welche nach Entleerung von Eiter und mehreren Knochenstückchen heilte. Danach war der Mann vollständig gesund gewesen, bis jetzt, nach 35 Jahren, wieder heftige Schmerzen, Fieber und Schwellung am rechten Schienbeine auftraten. Diese Beschwerden bestanden nicht fortwährend, sondern setzten oft Wochen lang völlig aus. Bei der Operation fand sich der Knochen verdickt und nach seiner Durchmeisselung ein wallnussgrosser, von sklerosirtem Knochen umgebener, mit Granulationen und einer geringen Menge Eiter erfüllter Hohlraum. In diesem Eiter fand sich als einziger Mikrobe der Staphylococcus aureus in virulentem Zustande. Sch. erörtert die beiden Möglichkeiten kritisch, ob es sich um eine Reinfektion oder um ein Recidiv der vor 35 Jahren erfolgten Infektion handle, und kommt zum Schlusse, dass die derzeitigen Kenntnisse von der Biologie der Eiterkokken die Möglichkeit zulassen, dass die in den Körper eingebrochenen Kokken sich in diesem länger als ein Menschenalter hindurch fortpflanzungsfähig und stets gefahrdrohend erhalten können.

Goldschmidt (Nürnberg).

377. **Ueber die durch Streptokokken bedingte akute Leberentartung**; von Prof. V. Babes. (Virchow's Arch. CXXXVI. 1. p. 1. 1894.)

Ohne die Entstehung der akuten gelben Leberatrophie in Folge toxischer Einflüsse zu bestreiten, glaubt B., dass die Krankheit in vielen Fällen der Invasion von Mikroorganismen ihren Ursprung verdankt. Wo sie im Anschluss an eine Infektion, wie Typhus abdominalis, Dysenterie, Puerperalfieber, sich ausbildete, waren gewöhnlich die Mikroorganismen der primären Krankheit in der Leber nachzuweisen. In den Fällen typischer akuter Leberatrophie, in welchen weder mikroskopisch, noch durch Züchtung Bakterien in der Leber post mortem zu finden sind, kann die Organdegeneration dennoch durch eine Invasion von Bakterien verursacht gewesen sein, die unter dem zerstörenden Einfluss der Entartungsprodukte des zerfallenden Leberparenchyms aber unterdessen abgestorben sind und auch ihren morphologischen Charakter eingebüsst haben.

Die klinische Beobachtung und die bakteriologische Untersuchung (des Leichenmaterials) von 4 Krankheitsfällen führten zu dieser Anschauung.

2 Fälle hatten unter dem Bilde fulminanter hämorrhagischer Septikämie mit Ikterus in kürzester Zeit zum Tode geführt. Alle Organe, besonders die Leber, enthielten massenhaft einen äusserst virulenten Streptococcus. Es bestand Nekrobiose des gesammten Leberparenchyms.

Der 3. Fall verlief wohl sehr akut, doch nicht so fulminant und zeigte die Charaktere des klassischen primären Icterus gravis mit akuter Leberatrophie. In der Leber konnten Streptokokken mikroskopisch nur schwer entdeckt werden, durch Züchtung waren sie jedoch aus ihr und anderen Organen zu erhalten.

Der letzte Fall bot das typische Bild der akuten gelben Leberatrophie dar; aus der Leber waren keinerlei Bakterien zu züchten, dagegen aus dem Blute der Vena cava Streptokokken.

Solche Fälle bilden die Uebergänge zu den etwas länger dauernden pathologischen Processen, bei denen Mikroorganismen dann nicht mehr gefunden werden. Auch Thierversuche zeigten, dass Streptokokken, wenn sie den Tod des Thieres später als nach etwa 8 Tagen verursachen, in den entarteten inneren Organen nicht mehr nachgewiesen werden können.

Die Eingangspforte für die Streptokokken-Invasion blieb im ersten Falle unbekannt; in den 3 übrigen Fällen bestand putride Amygdalitis. Alle 4 Fälle können als verschiedene Stadien einer eigenthümlichen Form akuter hämorrhagischer Septikämie betrachtet werden.

Weintraud (Berlin).

378. **Recherches sur un microbe nouveau de l'ictère grave**; par Ranglaret et J. Maheu. (Gaz. de Par. 52. 1893.)

In einem Falle von akuter gelber Leberatrophie fanden R. und M. bei der bakteriologischen Untersuchung der inneren Organe 4 verschiedene Bakterienarten: das Bacterium termo, den Staphylococcus pyog. aureus, den Bacillus pneumon. und eine Bakterienart, welche auf

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

allen bekannten Nährmedien wächst, die Gelatine verflüssigt und deren Culturen aus Bacillen bestehen, welche oft kettenförmig an einander gereiht sind und in älteren Bouillonculturen zu langen Fäden auswachsen. Diese letztere Stäbchenart tödtete bei Verimpfung auf 4 Mäuse 3 von diesen unter den Erscheinungen allgemeiner Septikämie, von 4 Meerschweinchen starben 2 und bei diesen fand sich neben Oedem und eiteriger Infiltration an der Impfstelle Atrophie der Leber; ein ähnlicher Befund ergab sich bei einem 5 Tage nach der Impfung getödteten Kaninchen. R. und M. sind sich wohl bewusst, damit noch nicht den Erreger der akuten gelben Leberatrophie gefunden zu haben, da der Befund in einem einzigen Falle zu solchen Schlussfolgerungen nicht berechtigt, hoffen aber bald, ihre Untersuchungsergebnisse bestätigen zu können. Goldschmidt (Nürnberg).

379. **Beiträge zur Kenntniss der pathologischen Veränderung der Darmfäulniss**; von Dr. Géza Gara. (Ungar. Arch. f. Med. I. 3—4. p. 288. 1893.)

Das Verhältniss der präformirten zur Aetherschwefelsäure im Harn (A:B) ist selbst bei normaler Verdauung und Darmthätigkeit beträchtlichen Schwankungen unterworfen. Ueber die Ursachen dieser Erscheinung sind wir bisher nur mangelhaft unterrichtet. G. verfolgte die Ausscheidung der Aetherschwefelsäure bei einer Anzahl von Kranken, die aus verschiedenen Ursachen an Durchfall litten. Es ergab sich, dass die Intensität der Darmfäulniss, auf Grund der Quantität der resorbirten und mit dem Harne ausgeschiedenen Fäulnissprodukte beurtheilt, bei akutem Darmkatarrhe kleiner, bei chronischem grösser ist; dementsprechend sinkt die Menge der gepaarten Schwefelsäuren im Harne im ersteren und steigt im letzteren Falle. Bei chronischen Durchfällen tragen dazu vor Allem auch das eventuell bestehende Fieber, die Kachexie oder Inanitionszustände wesentlich bei. Wenn in solchen Fällen auch noch die Menge der präformirten Schwefelsäuren abnimmt, so kann dies durch die mangelhafte Nahrungsaufnahme oder die ungenügende Oxydation, also den herabgesetzten Stoffwechsel, bedingt sein.

Schlüsse für die Therapie zu ziehen, wagt G. selbst nicht, so lange nicht auch die Nitrogenausscheidung in Harn und Koth, ferner die Quantität und Qualität des Kothes u. s. w. genau bestimmt wird. Nowack (Dresden).

380. **Ueber den Gehalt des Harnes an Aetherschwefelsäuren bei einigen Krankheiten, besonders bei Leberkrankheiten, und über den Einfluss einiger antiseptischer Mittel auf die Ausscheidung dieser Säuren**; von J. Eiger. (Inaug.-Diss. Petersburg 1893.) Russisch.

E. hat die Verhältnisse der präformirten und der gepaarten Aetherschwefelsäuren bei einigen Krankheiten studirt, und zwar wurden im Ganzen 22 Kranke, vorzüglich mit Leberleiden, untersucht. Die Bestimmung der Schwefelsäure geschah nach der von Salkowski modificirten Baumann'schen Methode.

Aus seinen Untersuchungen zieht E. folgende Schlüsse:

1) Bei Leberkrankheiten (es wurden 3 Kranke mit atrophischer, 6 mit hypertrophischer Lebercirrhose, 1 mit Lebersarkom und 1 mit Gallensteinen untersucht) war das Verhältniss zwischen der präformirten und den gepaarten Schwefelsäuren im Harn vergrössert. 2) Die grösste Zunahme konnte man bei Lebertumoren nachweisen; etwas geringer war sie bei atrophischer Lebercirrhose, bei welcher aber sowohl die relative (auf die präformirte Schwefelsäure bezogen), als auch die absolute Menge der Aetherschwefelsäure eine sehr grosse Höhe erreichte. Bei der hypertrophischen Lebercirrhose zeigte sich eine viel geringere Erhöhung. 3) Das Verhältniss zwischen der präformirten und den gepaarten Aetherschwefelsäuren scheint von dem Grade der Degeneration des Leberparenchyms abzuhängen. 4) Die absolute Menge der gepaarten Aetherschwefelsäure schwankt zwischen 0.1 und 0.3. 5) In einem Falle von Hypersekretion des Magensaftes und in einem Falle von Pylorusinsufficienz war das Verhältniss normal. 6) Bei Morbus Addisonii war das Verhältniss erhöht.

Den Grund für die Vermehrung der Aetherschwefelsäuren im Harn glaubt E. in der Beeinträchtigung der Fähigkeit der Leber, die aromatischen Körper zu oxydiren, suchen zu müssen. Bei der Untersuchung des Einflusses einiger Desinfektionsmittel auf die Darmfäulniss wurde festgestellt, dass α- und β-Naphthol, Salz-, Phosphor- und Schwefelsäure desinficirend einwirken, und zwar unter gleichzeitiger Vermehrung der Gesammtschwefelsäure des Harns. Salpetersäure, Chinin und Milchsäure wirkten ebenfalls desinficirend ein. Calomel wirkte nicht immer gleich. Wenn die Darmfäulniss nach Calomel herabgesetzt wurde, so konnte die Wirkung eben so gut eine rein mechanische gewesen sein, da heftige Durchfälle auftraten. Wasserstoffsuperoxyd vergrösserte die Aetherschwefelsäureausscheidung. Andere, von den Patienten eingenommene Medikamente, wie Jodkalium, Arsen, Ipecacuanha, Digitalis, Convallaria, Adonis vernalis, Opium, Morphium, Codein und Bismuth. salicylicum, äusserten keinen Einfluss auf die Darmfäulniss.

Um die Frage zu entscheiden, welche Wirkung die Leber auf die aromatischen Körper, die sich im Darme bilden, ausübt, hat E. eine Reihe von Versuchen an Hunden angestellt: er hat nämlich Hunden in die Ohrvene, d. h. in den allgemeinen Kreislauf, oder per os Phenol eingeführt und dann die Mengen des durch den Harn ausgeschiedenen Phenols bestimmt. Bei der Einführung des Phenols direkt in's Blut wurde $1^1/_2$—$2^1/_2$mal mehr Phenol ausgeschieden, als bei Einführung per os. Bei mit Phosphor vergifteten Hunden waren sowohl die relativen, als auch die absoluten Mengen des ausgeschiedenen Phenols, wenn dieses auch per os

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

eingeführt wurde, bedeutend vermehrt; sie waren sogar grösser, als bei gesunden Hunden, welche Phenol in das Blut bekommen hatten. Bei Hungerthieren wurde fast das ganze, in geringer Menge per os eingeführte Phenol zerstört. Alles dieses beweist nach E.'s Meinung, dass die Leber einen grossen Theil der aromatischen Körper, die aus dem Darme in die Pfortader kommen, zerstört. Um diese Frage zu entscheiden, hat er dann einige Versuche mit den Leberzellen eines kurz vor dem Versuch getödteten Hundes angestellt. Die Versuche ergaben, dass diese Leberzellen die Fähigkeit haben, das Phenol zu zerstören (oxydiren) und dass dem Blute dieselbe Eigenschaft zukommt. Die weiteren Versuche haben gezeigt, dass im Blute eines Hundes kein Phenol, in der Leber nur minimale Mengen vorhanden sind.

M. Gerschun (Dorpat).

381. **Zur Frage über den Gehalt an Aetherschwefelsäuren im Harn bei Leberkrankheiten**; von J. S. Hopadze. (Wratsch Nr. 48—50. 1893.) Russisch.

H. hat seine Beobachtungen an 10 Kranken ausgeführt: an 4 mit gewöhnlicher Lebercirrhose, von denen 2 im Anfangstadium der Krankheit sich befanden, bei 2 war die Leber schon stark atrophisch, an 3 mit hypertrophischer Lebercirrhose, an 1 mit einer gemischten Lebercirrhose, an 1 mit Carcinoma ventriculi und hepatis, an 1 mit einer malignen Lebergeschwulst (wahrscheinlich Carcinom oder Sarkom). Die Kranken bekamen die gewöhnliche Kost, bei welcher das normale Verhältniss der präformirten zu den gepaarten Aetherschwefelsäuren im Harn und die Mittelmenge der Aetherschwefelsäuren für 24 Stunden zuerst von Dr. Bernazki bestimmt wurden. Drei Tage vor der Untersuchung wurde keine Medicin mehr gegeben. Die Beobachtungen dauerten 6—11 Tage. Die Bestimmung der allgemeinen Menge der Schwefelsäure und der ätherschwefelsauren Verbindungen im Harn geschah nach der von Salkowski modificirten Baumann'schen Methode.

Aus seinen Untersuchungen zieht H. folgende Schlüsse: 1) Bei der gewöhnlichen Lebercirrhose und bei malignen Lebertumoren steigt sowohl die absolute, als auch die relative Menge der Aetherschwefelsäuren. In den Anfangstadien der gewöhnlichen Lebercirrhose ist die Steigerung gering; bei voll ausgesprochenem Bilde der Krankheit ist die Steigerung bedeutend, besonders die der relativen Menge der Aetherschwefelsäuren. Bei malignen Lebertumoren ist die Steigerung der Menge der Aetherschwefelsäuren um so grösser, je stärker die Leber afficirt ist, wobei auch die relative Menge derselben besonders gross ist. 2) Bei der hypertrophischen Lebercirrhose ist die relative Menge der Aetherschwefelsäuren normal oder etwas geringer, die absolute ist immer normal. 3) Bei der gemischten Lebercirrhose ist sowohl die relative, wie auch die absolute Menge der Aetherschwefelsäuren etwas gesteigert.

Den Grund der Steigerung der Aetherschwefelsäuren im Harne bei der gewöhnlichen Lebercirrhose und bei malignen Lebertumoren glaubt H. einerseits in der Störung der Verdauung und der in Folge dessen entstehenden verstärkten Darmfäulniss, andererseits wahrscheinlich in der Erkrankung oder starken Degeneration des Leberparenchyms, welches die Fähigkeit hat, die in die Pfortader eingetretenen Giftstoffe, in diesem Falle die Produkte der Darmfäulniss, zu vernichten, suchen zu müssen. Zum Schlusse meint H., das Verhältniss der präformirten zu den gepaarten Aetherschwefelsäuren im Harn könne bei Kranken mit atrophischer Lebercirrhose zur Stellung einer Prognose quoad vitam dienen, da seine Untersuchungen gezeigt haben, dass, je mehr das Verhältniss gestört ist, desto gefährlicher die Lage des Kranken ist.

M. Gerschun (Dorpat).

382. **Ein Fall von multiplen syphilitischen Geschwüren und Strikturen im Dünndarm**; von Prof. E. A. Homén in Helsingfors. (Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. IV. 3. 1893.)

33jähr. Mann. In jüngeren Jahren vielfach Verdauungstörungen. 3 Jahre vor dem Tode syphilitische Infektion; Schmierkur. ½ Jahr vor dem Tode Zunahme der Darmbeschwerden (Obstipation abwechselnd mit Durchfällen, starke Schmerzen, namentlich in der Nacht); Diagnose auf Darmstenose; Jodkalium erfolglos. Influenza mit schwerer Pneumonie; langsame Erholung. Tod in Folge einer zweiten Pneumonie.

Sektion. Pneumonie des linken Unterlappens, Oedem der übrigen Lungentheile. Im Dünndarme, vorwiegend dem oberen Theile, 30 meist ganz cirkuläre, ein oder mehrere Centimeter breite Narbeneinziehungen, mit entsprechenden Strikturen (bis zu weniger als 4 cm Breite des Umfangs). Serosa an diesen Stellen verdickt, mit Zöttchen besetzt. Vor den Strikturen Darmdilatation. Den Einziehungen entsprachen typische syphilitische Ringgeschwüre, die wahrscheinlich aus einer diffusen (gummatösen) Infiltration der Darmwand hervorgingen.

Die einzige Lokalisation der syphilitischen Affektion im Darme erklärt sich vielleicht daraus, dass letzterer bei dem Manne immer ein „locus minoris resistentiae" gewesen war. Die multiplen syphilitischen Dünndarmgeschwüre bei Erwachsenen sind sehr selten.

Beneke (Braunschweig).

383. **Zur Kenntniss der Darmaffektionen bei Nephritis und Urämie**; von Dr. J. Fischer. (Virchow's Arch. CXXXIV. 3. p. 380. 1893.)

Auf Grund von 17 Fällen:

3 grosse weisse Niere mit . .	1	Urämie
10 sekundäre Schrumpfniere mit	5	„
4 genuine Schrumpfniere mit .	2	„

bespricht F. die gefundenen Veränderungen des Darmes. Man fand leichtere und schwerere katarrhalische Erscheinungen und man fand, namentlich im Dickdarm diphtherische Vorgänge, Geschwüre. Letztere entstehen augenscheinlich auf Grund des Katarrhs mit Hülfe der durch das Nierenleiden geschädigten Widerstandsfähigkeit der Gewebe. Als Ursache für die gesammten Erkrankungen ist die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Ausscheidung von Harnbestandtheilen durch den Darm anzusehen. Ein Fall schien zu beweisen, dass unter günstigen Bedingungen ein Ausheilen und Vernarben der Geschwüre möglich ist. Klinisch ist folgende kleine Tabelle von Interesse (Nothnagel's Klinik):

	Zahl der Fälle	mit Durchfall	tödtlicher Verlauf	darunter mit Durchfall	Urämie	darunter mit Durchfall
Chron. Morbus Brightii im engeren Sinne	253	71	49	35	18	11
genuine Schrumpfniere	54	18	21	8	8	5

Dippe.

384. **Ein Aneurysma der Milzarterie, entstanden in Folge einer durch Embolie hervorgerufenen Blutdrucksteigerung**; von Dr. P. Selter. (Virchow's Arch. CXXXIV. 2. p. 189. 1893.)

S. beschreibt ein Aneurysma der Milzarterie von ca. 45—50 mm Durchmesser, in einem Fall von Endocarditis verrucosa, in dem es zu multiplen Embolien gekommen war. Sämmtliche Aeste der Milzarterie, mit Ausnahme eines ganz kleinen, waren distal von dem Aneurysma verlegt. Die Arterie war etwa 5 cm von dem Hilus quer durchgerissen (in Folge dessen liessen sich auch in der Wand des Aneurysma keine Blutgefässelemente nachweisen), kurz vor dem Aneurysma bildete die Arterie eine kehrtunnelartige Schlinge von etwa 1 cm Durchmesser. Alle diese Momente sprachen mit Bestimmtheit dafür, dass es sich um ein durch embolisch hervorgerufene Blutdrucksteigerung bewirktes Aneurysma handelte, wobei die Arterienwand, die in lockerem Bindegewebe lag, gesprengt worden war.

4 von Ponfick beschriebene Aneurysmen führt S. ebenfalls auf Blutdrucksteigerung zurück (Literaturangabe). R. Klien (München).

385. **Zur Lehre von der Parenchymzellenembolie**; von O. Lubarsch. (Fortschr. d. Med. XI. 20. 21. 1893.)

L. bespricht in ausführlicher Weise unsere gegenwärtigen Kenntnisse über die Parenchymzellenembolie, wobei er gleichzeitig eine Reihe sehr interessanter und für die ganze Lehre bedeutungsvoller eigener Beobachtungen mittheilt.

Man kann bis jetzt 3 Arten von Parenchymzellenembolie unterscheiden: 1) die *Leberzellenembolie*, 2) die *Placentazellenembolie* und 3) die *Knochenmark-Riesenzellenembolie*.

Die erstere theilt L. in a) die *traumatische Leberzellenembolie*, welche nach Einwirkung von Traumen auf die Leber eintritt und in b) die *Leberzellenembolie bei Intoxikationen und Infektionskrankheiten*. Zu letzterer Form rechnet er die Verschleppung von Leberzellen in Fällen von Eklampsie, sowie in einem von ihm selbst beobachteten Falle von Chorea während des Wochenbettes. Die Leberzellen finden sich in diesen Fällen am häufigsten in der Lunge, seltener in Gehirn- und Nierenvenen (retrograde Embolie); 2mal konnten sie mit Sicherheit in Leberarterien und Pfortaderästen (bei offenem For. ovale) nachgewiesen werden. Von besonderem Interesse ist die bei Chorea beobachtete Leberzellenembolie, weil sie beweist, dass eine solche nicht ausschliesslich bei Eklampsie beobachtet wird, für diese also nicht specifisch sein kann.

Nicht selten konnte L. im Anschluss an die Leberzellenembolien ausgedehnte Plättchenthromben in Capillaren und feineren Arterienstämmchen nachweisen. Grosses Interesse beansprucht ein von ihm beobachteter Fall, in welchem ausgedehnte Infarktbildung in der Milz und in den Nieren in Folge von Leberzellenembolie entstanden war (bei offenem For. ovale). L. konnte Leberzellenembolie ausserdem noch bei Diphtherie und bei Leberabscess beobachten.

In allen Fällen von Leberzellenembolie bestand das gemeinsame Moment, dass neben Nekrose und Blutungen Erweichungsherde in der Lebersubstanz sich vorfanden. Mechanische Erschütterungen, wie solche durch die Krämpfe bei Eklampsie und Chorea ausgelöst werden, scheinen für das Zustandekommen nicht unbedingt nöthig zu sein, doch können sie es erleichtern.

Die Wege, welche die Leberzellen nehmen, sind die bei der Embolie überhaupt beobachteten: in der Regel findet die Ablagerung in den Lungen statt, doch kommt auch retrograde Verschleppung und bei offenem For. ovale auch paradoxe Embolie vor.

Die verschleppten Zellen gehen spätestens binnen $2^1/_2$ Mon. zu Grunde und werden resorbirt; niemals ist irgend eine Spur von Proliferationserscheinungen an ihnen wahrzunehmen.

Die pathologische Bedeutung der Leberzellenembolie liegt in der daran sich anschliessenden Thromben-, bez. Infarktbildung.

2) Die Placentazellenembolie beruht nach L. auch auf Verschleppung von Decidua-Riesenzellen. Sie ist, da sie einerseits nicht in allen Fällen von Eklampsie, andererseits ebenfalls bei Chorea gefunden wird, gleichfalls nicht charakteristisch für die Eklampsie und steht mit dieser in keinem causalen Zusammenhang. Vielmehr sind die Embolien die Folge der mit Krämpfen verbundenen Krankheiten, welche letztere das Zustandekommen der Embolie begünstigen. Normaler Weise kommt eine Placentazellenembolie nicht vor.

Auch die verschleppten Placentazellen zerfallen, und zwar noch früher als verschleppte Leberzellen. Die Neigung, Thromben zu veranlassen, scheint bei ihnen geringer zu sein und daher sind die Placentazellenembolien auch von geringerer pathologischer Bedeutung.

3) Noch weniger Bedeutung scheint den Knochenmark-Riesenzellenembolien zuzukommen, welche von L. in einem Falle von Hüftgelenksresektion, in einem solchen von Schädel- und Ellenbogenfraktur, sowie in einem Falle tuberkulöser Hüftgelenksentzündung beobachtet wurden. Thrombenbildung konnte im Anschluss an solche Embolien überhaupt nicht constatirt werden. Hauser (Erlangen).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

386. **Beiträge zur Kenntniss der normalen und strumösen Schilddrüse des Menschen und des Hundes;** von Dr. Marie Zielinska in Warschau. (Virchow's Arch. CXXXVI. 1. p. 170. 1894.)

Z. studirte an normalen und strumösen Schilddrüsen vom Hunde und vom Menschen im frühesten Alter (direkt nach der Geburt und in den ersten 2 Lebensjahren) die Frage, in wie weit in den *Lymphgefässen* (sowohl innerhalb, wie in der nächsten Umgebung der Schilddrüse) *Colloid* sich vorfindet. Daneben wurden einige interessante Befunde, welche die Verschiedenheit im mikroskopischen Bilde unter sonst anscheinend gleichen Verhältnissen darthun, erhoben, das Vorkommen von embryonalen Schilddrüsenresten beim Hunde wurde mehrfach, das Vorhandensein von versprengten quergestreiften Muskelfasern in der Schilddrüse des Kindes und des Hundes je einmal festgestellt.

Bei 6 neugeborenen Hunden desselben Wurfes war der Colloidgehalt ungemein wechselnd, desgleichen in 14 Schilddrüsen erwachsener Hunde. *Die Lymphgefässe waren regelmässig colloidhaltig,* selbst wenn nur wenige colloidhaltige Follikel vorhanden waren. *Zusammenhang von Follikeln mit Lymphgefässen* konnte trotz sorgfältiger darauf gerichteter Untersuchung an Schnittserien nicht nachgewiesen werden, doch stimmte das Colloid in den Bläschen in allen seinen Eigenschaften mit dem in den Lymphgefässen überein. Colloid fand sich ferner auch in Lymphgefässen *in der Umgebung* der Schilddrüse und in grossen Lymphräumen unter ihrer Kapsel.

Bei neugeborenen Kindern bestanden bedeutende Grössenunterschiede der Drüse (0.75—24.4 g). In Lymphgefässen wurde bei 7 von 20 Schilddrüsen Colloid gefunden, indessen an Menge nicht entsprechend der Zahl der colloidhaltigen Follikel. In vaskulären Strumen sind die Lymphgefässe frei. Bei der teleangiektatischen Struma congenita besteht neben der Erweiterung der Blutcapillaren, welche in der Mitte der Stromabalken verlaufen, eine Erweiterung der subepithelialen Theile der Capillaren, die sich in die Follikel hineinwölben und schliesslich derart in den sich vergrössernden Follikel hineinwuchern, dass dieser von einem dichten Netz von Gefässen erfüllt ist.

Vier untersuchte Strumen vom Hunde stellten keine knotigen, sondern ganz diffuse Vergrösserungen der Drüse von wechselndem histologischen Aufbau dar. Weintraud (Berlin).

387. **Experimentelle Untersuchungen über die Folgen des Schilddrüsenverlustes;** von Dr. F. Hofmeister in Tübingen. (Beitr. z. klin. Chir. XI. 2. p. 441. 1894.)

In einer ausführlichen, durch eine Anzahl von Abbildungen illustrirten Arbeit berichtet H. über eine Reihe von Versuchen, die er im Laufe der letzten Jahre angestellt hat und die dem *Studium der Spätfolgen der Thyreoidektomie* gewidmet sind.

Bei der grossen Bedeutung, welche diese Fragen gerade jetzt wieder haben, wollen wir hier die Schlussfolgerungen H.'s anführen.

1) „Bei jungen Kaninchen hat die Entfernung der Gland. thyreoidea eine typische, chronisch sich ausbildende *Kachexie* zur Folge, deren Hauptsymptome in Verlust der Lebhaftigkeit, Verzögerung des Körperwachsthums, Dickleibigkeit und häufig schlechter Beschaffenheit der Behaarung, sowie starker Schuppenbildung auf der Haut bestehen.

2) Eine vicariirende Hypertrophie der *Milz* oder *Thymus* kommt bei thyreoidektomirten Kaninchen nicht zur Beobachtung.

3) Der *Magendarmtractus* der thyreoidektomirten Thiere ist regelmässig stärker gefüllt als bei den Controlthieren.

4) Im *Centralnervensystem,* sowie in den *Nebennieren* und *Speicheldrüsen* wurden nach der Thyreoidektomie keine Veränderungen gefunden.

5) Durch gleichzeitige Entfernung der *Parathyreoideae* kann man bei Kaninchen eine lethal verlaufende Tetanie erzeugen. Durch Injektion frischen Schilddrüsenextraktes können die Symptome vorübergehend gebessert werden. Erfolgt die Parathyreoidektomie erst einige Monate nach der eigentlichen Schilddrüsenexstirpation, so findet eine allmähliche Anpassung an den thyreopriven Zustand statt. Eine histologische Umbildung der Parathyreoideae zum Typus der eigentlichen Schilddrüse nach Entfernung der letzteren ist nicht zu constatiren.

6) Regelmässig findet sich nach Schilddrüsenexstirpation eine bedeutende Vergrösserung des drüsigen Theiles der *Hypophysis cerebri*, die bei jungen Thieren zu einer Erweiterung der Sella turcica führt; mikroskopisch findet man Vergrösserung der „Hauptzellen" und Vacuolisation ihres Protoplasma. Diese Hypertrophie ist mit grösster Wahrscheinlichkeit als vicariirende anzusehen.

7) Beim jungen Kaninchen erfahren im Gefolge der totalen Schilddrüsenexstirpation die *Epithelien der gewundenen Harnkanälchen* eine mit der Zeit fortschreitende chemische Alteration, die sich mikroskopisch durch das Auftreten massenhafter, oft sehr grosser Vacuolen im Protoplasma der genannten Zellen nach Behandlung der frischen Nieren mit *Müller*'scher Flüssigkeit anzeigt. Eigentliche nephritische Veränderungen pflegen zu fehlen.

8) Häufig beobachtet man nach totaler Schilddrüsenexstirpation beim jungen Kaninchen degenerative Vorgänge in den *Ovarien,* die sich bald mehr als follikuläre Hypertrophie, bald mehr als generalisirte Follikelschrumpfung äussern.

9) Bei der Mehrzahl der Versuchsthiere, bei denen auch sonst die Symptome der Kachexie deutlich hervortreten, sind auch die *Hoden* unverkennbar in ihrer Funktion beeinträchtigt; in einzelnen Fällen fehlt die Spermaproduktion ganz.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

10) Bei allen im jugendlichen Alter ihrer Schilddrüse beraubten Thieren erleidet das *Knochenwachsthum*, vor Allem die Längenzunahme, eine starke Hemmung.

11) Gleichzeitig findet eine erhebliche *Verzögerung in der Ossifikation* sowohl der Epiphysenknorpel, als der Synchondrosen statt.

12) Die *Hemmung des Knochenwachsthums* ist bedingt durch eine specifische Degeneration der das Wachsthum vermittelnden Epiphysenknorpel, bestehend in Herabsetzung der normalen Zellwucherung, Quellung und Zerklüftung der Grundsubstanz, verbunden mit blasiger Auftreibung der Knorpelhöhlen und Schrumpfung, ja sogar theilweisem Untergang der Zellen (*Chondrodystrophia thyreopriva*).

13) Die experimentellen Resultate bilden eine wesentliche Stütze jener Theorie, die die unmittelbare Ursache des *Cretinismus* in einer primären Vernichtung oder starken Herabsetzung der Schilddrüsenfunktion sucht.

14) Die geschilderten Knorpelveränderungen zeigen mikroskopisch eine ausserordentliche Uebereinstimmung mit der gemeinhin unter dem Namen *„foetale Rhachitis"* beschriebenen Affektion, so dass H. nicht ansteht, diese letztere als *foetalen Cretinismus* aufzufassen und sie, wie diesen, auf primäre Schilddrüsendegeneration zurückzuführen."

P. Wagner (Leipzig).

III. Pharmakologie und Toxikologie.

388. **Ueber die Resorption einiger Salze nach Einreibung in Form von Salben**; von N. M. Sokolow. (Wratsch Nr. 6. p. 169. 1894) Russisch.

S. hat seine Versuche mit Jodkalium, Bromkalium, Bromlithium, Chlorlithium und Natr. salicylicum an jungen gesunden Soldaten angestellt. Als Salbengrundsubstanz gebrauchte er Lanolin, Schweinefett und Vaselin. Die Resorption wurde durch regelmässige Untersuchung des Harnes controlirt, nachdem zuerst festgestellt war, dass der Harn die Substanz nicht enthielt. Als Einreibungstelle diente der Rücken, der vorher mit warmem Wasser und Seife abgewaschen war. Die Einreibung dauerte 15—80 Minuten.

Aus seinen Versuchen zieht S. folgende Schlüsse: 1) Unbeschädigte und ungereizte Haut resorbirt diese Mittel nicht. 2) Die mit kleinen Pusteln oder etwas entzündeten Mitessern besetzte Haut saugt dieselben stets auf. 3) Die durch Zusatz von 5—10proc. Salicylsäure zu den Salben gereizte Haut resorbirt sowohl die Salicylsäure, als auch die angewandten Mittel. Dasselbe Resultat erhält man nach Zusatz von Chloroform und Terpentinöl im Verhältniss von 2 : 10, Veratrin 1 : 100 und Jodtinktur 1 : 10 zu den Salben. Eine Resorption findet auch dann statt, wenn die Einreibungstelle vorher durch Auflegen von Senfpflaster gereizt war. 4) Die vorher durch starkes Reiben mit Flanell u. s. w. gereizte Haut resorbirt ebenfalls prompt. 5) Nach Schwitzbädern und mässigem Abreiben findet keine Resorption durch die Haut statt, nach energischer Abreibung dagegen stets.

Wenn nach den Einreibungen die Haut am anderen Tage empfindlich war und die Fettdrüsen ein wenig hervorragten, konnte man schon vorher sagen, dass eine Resorption stattgehabt hatte. War dagegen die Haut normal, so war das Resultat stets ein negatives. M. Gerschun (Dorpat).

389. **Ueber die Ausscheidung einiger Arzneimittel, welche per rectum eingeführt wurden, durch den Magen und den Harn**; von P. G. Kandidow. (Wratsch p. 353. 1893.) Russisch.

K. hat 7 Mittel: *Kalium jodatum, Kalium bromatum, Chininum muriaticum, Natrium salicylicum, Tannin, Solutio Fowleri und Antipyrin* untersucht. Als Versuchsobjekte dienten gesunde junge Leute. Die Mittel wurden per rectum in 1proc. Lösung eingeführt; Solutio Fowleri tropfenweise zu 3 bis 5 Tropfen; die Menge der eingeführten Flüssigkeit betrug 100 ccm. Der Mageninhalt wurde in verschiedenen Stunden nach Einführung des Mittels untersucht; zur selben Zeit wurde auch der Harn untersucht. Mit Tannin und Solutio Fowleri machte K. 20 Versuche, mit den übrigen Mitteln 35.

Aus seinen Versuchen zieht er folgende Schlüsse:

1) Kalium jodatum und bromatum, Chininum muriaticum, Natrium salicylicum, Arsen und Antipyrin per rectum eingeführt, werden in den Magen ausgeschieden. 2) Die Ausscheidung aller dieser Mittel, mit Ausnahme des Chinins, in den Magen beginnt ebenso schnell ($^1/_4$—$^1/_2$ Stunde nach der Einführung), wie die durch den Harn, endet aber früher (36—48 Stunden). 3) Die Ausscheidung des Chinins durch die Magenschleimhaut beginnt etwas später, als die durch die Niere, dauert 2—11 Stunden, fast ebenso lange, wie durch die Nieren. 4) Tannin konnte K. weder im Magen, noch im Harne nachweisen.

Diese Ergebnisse in Verbindung mit denen früherer Untersucher über Ausscheidung des Morphiums, des Antimons, des Harnstoffs, des Schlangen- und Choleragiftes durch die Magenschleimhaut erlauben den Schluss, dass *die Magenschleimhaut an der Ausscheidung von Arzneimitteln und pathologischen Produkten, die aus der Aussenwelt in den Körper gelangen, oder im Körper sich bilden, in nicht unerheblicher Weise Theil nimmt.*

M. Gerschun (Dorpat).

390. **Ueber die Ausscheidung des subcutan injicirten Morphiums durch den Speichel**; von I. Rosenthal. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 49. 1893.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Zur Isolirung des Morphium aus dem Speichel wurde dieser nach Behandlung mit Alkohol und Weinsäure (zur Coagulation des Mucins) extrahirt, nach dem Verjagen des Alkohols mit Wasser aufgenommen, mit Ammoniak alkalisch gemacht und mit Chloroform ausgeschüttelt. In dem Chloroformverdunstungsrückstand konnte Morphin nur qualitativ nachgewiesen werden und seine Anwesenheit wurde nur dann als erwiesen erachtet, wenn dieser Rückstand die Husemann'sche und Fröhde'sche Morphinreaktion gab.

Bei Kr., die vorher noch nie Morphium bekommen hatten, trat die Morphiumreaktion im Speichel erst einige Tage nach Beginn der Medikation auf, verschwand aber auch erst wieder, wenn mehrere Tage lang kein Morphium mehr gereicht worden war. Dieser Umstand drängt zu der Annahme, dass das Morphium im Organismus eine cumulative Wirkung entfaltet.

Die Ausscheidung des Morphins durch die Magenschleimhaut war, der beträchtlich stärkeren Reaktion nach zu schliessen, sehr viel erheblicher, als diejenige durch den Speichel, die Ausscheidung durch den Magen scheint aber nach längstens einer Stunde schon beendet zu sein.

Da der Speichel leichter chemisch zu verarbeiten ist, als das Erbrochene und der Mageninhalt, so empfiehlt R. bei Verdacht auf Morphiumintoxikation die Untersuchung des Speichels.

[Die erforderlichen Speichelmengen zu erhalten, dürfte wohl bei einer akuten Morphiumvergiftung kaum möglich sein, eher wäre die Speicheluntersuchung praktisch vielleicht für die Controle von Morphinisten aussichtsvoll.] H. Dreser (Bonn).

391. **Ricerche sperimentali sulla sorte ultima dell'acido arsenioso nell'organismo animale**; del A. Severi. (Riforma med. IX. 259. 1893.)

Ueber die Form der Ausscheidung der arsenigen Säure aus dem Organismus stellte S. durch neue Thierversuche Folgendes fest: 1) Die auf subcutanem Wege dem Organismus des Hundes einverleibte arsenige Säure wird, wenn eine solche Dosis angewandt wurde, welche akute Vergiftung zu bewirken im Stande war, *zum grössten Theile unverändert durch den Harn ausgeschieden.* 2) Diese Ausscheidung der arsenigsauren Salze beginnt alsbald nach der Injektion, ist am erheblichsten in den ersten Stunden der Vergiftung und dauert höchstens 3—4 Tage. 3) Gleichwohl findet man nach kleinen und täglich wiederholten Dosen arseniger Säure auch Spuren von arsensauren Salzen in den Harnen. 4) Nach hohen und in Zwischenzeiten von 12—15 Tagen wiederholten Dosen ist die Ausscheidung der arsenigsauren Salze ziemlich protrahirt. H. Dreser (Bonn).

392. **Influenza di alcuni antipiretici ed antisettici sulla eliminazione degli eteri solforici nelle orine**; per A. Rovighi. (Estratto della Rivista clinica. Pantata 3a. 1893.)

Untersuchungen, die R. in der Irrenanstalt zu Siena anstellte, führten ihn zur Annahme, dass die im Darme bei gewissen Psychosen im Uebermaasse sich bildenden Fäulnissprodukte mit der Blutbahn theils in die Nervencentra verschleppt werden und hier Alterationen hervorrufen, theils in die Nieren gelangen und einen chronischen Reizzustand im Nierenparenchym bewirken, theils mit dem Harne als gepaarte Aetherschwefelsäuren in einer die Norm übersteigenden Menge eliminirt werden und erhöhte Giftigkeit des Harns herbeiführen. Bedenkt man nun, dass die gegenwärtig gebräuchlichen Antipyretica aus der Gruppe der aromatischen Substanzen so oft nervöse Störungen nach sich ziehen, so erscheint der Gedanke verständlich, den Einfluss der Antipyretica auf die Ausscheidung der Aetherschwefelsäuren zu studiren. Zu diesem Zwecke verabreichte R. Patienten, die an Bronchitis, Endocarditis, Lungentuberkulose, akutem Gelenkrheumatismus, Angina tonsillaris u. s. w. litten, Antipyretica aus der Gruppe der aromatischen Substanzen (Antipyrin, Acetanilid, Phenacetin, Phenocollum hydrochloricum, salicylsaures Natron), sowie Chinin und ermittelte durch quantitative Harnanalysen den Einfluss, den diese Fiebermittel auf die Ausscheidung der präformirten und gepaarten Aetherschwefelsäuren, des Harnstoffes und des Urobilins üben. Er gelangte zu folgenden Schlüssen: 1) Antipyrin, Acetanilid, Phenacetin und salzsaures Phenocoll, in der Dosis von $1^1/_2$ bis 2 g pro die 3 Tage hindurch eingenommen, verursachen eine erhebliche Zunahme der gepaarten Aetherschwefelsäuren; am geringsten ist die Zunahme nach Antipyringebrauch. 2) Nach der Einführung der erwähnten Fiebermittel beobachtet man neben der Zunahme der gepaarten Aetherschwefelsäuren eine progressive Abnahme der präformirten Sulphate, die ihr Maximum nach Verabreichung des Antifebrin erreicht; dies weist darauf hin, dass die Oxydation in den Geweben herabgesetzt ist, und dass der grösste Theil des Schwefels durch die im Darme entstandenen Zersetzungsprodukte der Antipyretica bereits gebunden ist. 3) 3 oder 4 Tage nach Einstellung der Verabreichung dieser Fiebermittel beobachtet man eine deutliche Abnahme der normalen Aetherschwefelsäuremengen im Harne und diese Wirkung ist besonders ausgesprochen nach dem Gebrauche von Antifebrin und Phenocoll. 4) Salicylsäure und salicylsaures Natrium bewirken nur eine minimale Zunahme der gepaarten Schwefelsäure und 2 oder 3 Tage nach ihrer Verabreichung setzen sie die normale Menge etwas herab. 5) Chininum bisulfur. zu 1.5—2 g pro die bewirkt eine rasche Abnahme der Aetherschwefelsäuren. 6) Nach dem Gebrauche von Antipyrin und Acetanilid nimmt das Urobilin des Harnes bei Nichtfiebernden zu, bei Fiebernden ab. Die Ausscheidung des Harnstoffes sinkt nach Einnahme der Antipyretica.

Der zweite Theil der Abhandlung ist dem Stu-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

dium des Einflusses einiger Antiseptica auf die Ausscheidung der Aetherschwefelsäuren gewidmet. Es handelte sich um Patienten mit chronischen Erkrankungen des Magendarmkanales, sowie des Endometrium, die per os Salol, Naphthol, benzoësaures Naphthol, salicylsaures Wismuth erhielten. R. gelangte auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: 1) Unter den Darmantisepticis bewirken Salol und Naphthol die erheblichste Zunahme der gepaarten Aetherschwefelsäuren. Naphthol wird schlecht vertragen. 2) Salicylsaures Wismuth und benzoësaures Naphthol ziehen keine wesentliche Zunahme der gepaarten Aetherschwefelsäuren im Harne nach sich und scheinen vom Magen besser vertragen zu werden. 3) Alle diese Antiseptica führen 2 oder 3 Tage nach ihrem Gebrauche eine leichte Abnahme der Aetherschwefelsäuren im Harne herbei; diese Abnahme ist aber nicht grösser als jene, die R. nach dem Gebrauche der antipyretischen Substanzen, wie Antipyrin, Chinin, beobachtete. Jacob Gentilli (Görz).

393. **Ueber den Desinfektionswerth des Aethylendiaminsilberphosphats und Aethylendiaminkresols, nebst Bemerkungen über die Anwendung der Centrifuge bei Desinfektionsversuchen**; von Jean Schäffer. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XVI. 2. p. 289. 1894.)

Die antiseptische Wirkung des Arg. nitr. wird dadurch beeinträchtigt, dass es mit kochsalz- und eiweisshaltigen Substanzen unlösliche Verbindungen bildet, die an der Oberfläche liegen bleiben und die Krankheitserreger in den tieferen Gewebeschichten schützen. Besonders für die Behandlung der Gonorrhöe wäre es erwünscht, eine von diesem Uebelstand freie Silberlösung zu haben, und nach Sch. erfüllt das von der vormals *E. Schering*'schen Fabrik dargestellte Aethylendiaminsilberphosphat diese Bedingung. Die Niederschläge, die Arg. nitr. in Kochsalzlösung, Hydrocelenflüssigkeit und Blutserum bildete, wurden durch Zusatz von Aethylendiamin aufgelöst, ebenso löst dieses Eiterkörperchen und Blutgerinnsel. Dass die Silberverbindung tiefer in das Gewebe eindringt als Arg. nitr.-Lösung, zeigte sich beim Einlegen von Leberstücken in gleich starke Lösungen beider Verbindungen und nach späterer Einwirkung von Schwefelammonium: bei Arg. nitr. war der schwarzbraune Saum von Schwefelsilber kaum 1 mm breit, bei der Aethylendiaminverbindung dreifach breiter mit zahlreichen Ausläufern in die Tiefe, auch am lebenden Gewebe liess sich die Tiefenwirkung darthun. Die Giftwirkung ist nach Thierexperimenten zu gering, um bei der praktischen Verwendung zu stören.

Die Desinfektionsversuche wurden unter Berücksichtigung der von Geppert und Gruber hervorgehobenen Fehlerquellen gemacht, mit einer Lösung von 1:4000, wie sie sich auch zur Behandlung von Gonorrhöe eignet; an Aufschwemmungen von Bacillus prodigiosus, pyocyaneus, Staphylococcus aureus, Diplococcus urethrae, Milzbrandbacillen und Sporen u. s. w. in Wasser, Nährbouillon und Blutserum. Stets zeigte sich die Desinfektionskraft derjenigen einer gleich starken Lösung von Arg. nitr. bei Weitem überlegen, hing aber wie bei Arg. nitr. und Sublimat sehr vom Medium ab; am schwersten gelang die Vernichtung in Blutserum. Für die Einzelheiten der Versuche müssen wir auf das Original verweisen und erwähnen hier nur, dass Gonokokken in verdünntem menschlichen Blutserum von 37° von Aethylendiaminsilberphosphat nach $7^1/_2$ Min. abgetödtet waren, von Arg. nitr. nach 10 Min., von Sublimat 1:10000 nach 15 Minuten.

Aehnlich waren die Resultate bei Aethylendiaminkresol, auch hier war die antibakterielle Kraft des Kresol bedeutend erhöht, gleichviel, ob sie in eiweissfreien oder eiweisshaltigen Flüssigkeiten bestimmt wurde; bei zahlreichen Versuchen in der dermatologischen Universitätsklinik in Breslau erwies sich das Präparat in mannigfacher Beziehung als sehr brauchbar.

Bei der Technik werden noch 2 Punkte genauer besprochen; der eine betrifft die auch von Behring hervorgehobene Thatsache, dass es sehr auf die Reichlichkeit der Aufschwemmung ankommt. Auch Sch. fand, dass eine reichliche Aufschwemmung schwerer zu vernichten ist als eine spärliche; der Grund liegt darin, dass die einzelnen Individuen eine sehr verschiedene Resistenz haben, und dass in einer reichlichen Aufschwemmung auch mehr der resistenten Individuen vorhanden sind, und daher mit grösserer Wahrscheinlichkeit beim Uebertragen auf den neuen Nährboden gebracht werden.

Der zweite betrifft den Versuch, die Bakterien durch Centrifugiren von der Desinfektionsflüssigkeit zu trennen, um zu vermeiden, dass letztere mit auf den neuen Nährboden übertragen wird, wo sie auch in Spuren entwicklungshemmend wirkt. Wegen der Leichtigkeit der Mikroben muss man ein fein vertheiltes Pulver beimischen, am besten Talk, man kann dann den grössten Theil ausschleudern, und durch Abgiessen der Flüssigkeit und Hinzufügen von sterilem Wasser erhält man eine neue Aufschwemmung, die nur noch minimale Spuren des Desinficiens enthält. Ein Vergleich mit der chemischen Unschädlichmachung bei Sublimatlösung zeigte die Brauchbarkeit der Methode.

Woltemas (Diepholz).

394. **Ueber die chemische Zusammensetzung des russischen Nadelholztheers und seine desinficirenden Eigenschaften**; von M. Nencki u. N. Sieber. (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 1. p. 1. 1893.)

Als möglichst billiges, Jedermann bekanntes Desinficiens für die von der Choleraepidemie befallenen Gegenden Russlands empfahlen N. und S. den Holztheer; aber nicht allein der Buchen-,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Birken-, Espen- und Fichtentheer, sondern auch die aus verschiedenen Quellen bezogenen Fichtentheere waren in ihrer desinficirenden Wirkung sehr verschieden.

Ueber die desinficirende Kraft einer Theersorte gewährte die chemische Bestimmung des Phenol- und Säuregehaltes in Verbindung mit einigen äusserlich schon leicht kenntlichen Eigenschaften übrigens bereits ein annähernd richtiges Urtheil. Ein für Desinfektionszwecke geeigneter Nadelholztheer ist syrupig, dickflüssig, jedoch nicht zähe oder halbfest, specifisches Gewicht 1.057—1.085, von einem Säuregrad bezogen auf Essigsäure zwischen 2—5%. Die genaue chemische Untersuchung und Darstellung der Phenole des Fichtentheers ergab, dass sie fast nur aus *Guajacol* und dessen *Homologen*, von denen das Methyl-, Aethyl- und Propylguajacol sicher nachgewiesen wurden, bestehen.

Von den bei der Destillation der Phenole mit übergehenden flüchtigen Fettsäuren sind mehr als 90% Essigsäure; ausserdem wurden nachgewiesen eine Valeriansäure, eine Capronsäure, die aber sicher nicht die normale war, und Oenanthsäure. Der Theer enthielt in wechselnden Mengen endlich die krystallisirte, optisch inaktive Pimarsäure $C_{20}H_{30}O_2$.

Die Desinfektionsversuche wurden in der Weise angestellt, dass bakterienhaltende Bouillon (Typhus, Cholera, Bac. pyocyaneus, Staphylococcus aureus, Diphtheriebacillus, Milzbrandsporen, Micrococcus prodigiosus, Micrococcus tetragenus) mit einem bestimmten Volumen einer Lösung des zu prüfenden Desinficiens gut gemischt wurde und dann wurde von dieser Mischung nach 2—4, 6—10, 20, 30 Min., nachher je eine halbe Stunde, so viel wie an einer Platinröhre haftet, 3mal in sterile Bouillon übertragen. Die geimpften Röhrchen wurden in einem Thermostaten während 10—15 Tagen bei Brutemperatur gehalten und die Wachsthumsverhältnisse in ihnen beobachtet.

Die geprüften Desinficientien waren Fichten-, Espen- und Birkentheer und ihre einzelnen Fraktionen in wässriger und alkalischer Lösung, ferner Acetum pyrolignosum. Ausser der desinficirenden, d. h. mikrobentödtenden Wirkung wurde auch die antiseptische, d. h. wachsthum- und vermehrunghemmende Wirkung dieser Präparate untersucht. Die Resultate sind in Form von 13 Tabellen zusammengestellt; es ergiebt sich daraus, dass der *Holztheer*, sei es als solcher, sei es in Form verschiedener daraus dargestellter Präparate, als *Desinficiens für die grobe Desinfektion die Carbolsäure vollkommen zu ersetzen im Stande ist.*

Ein wesentlicher Uebelstand beim Holztheer ist die in Folge seiner verschiedenartigen Darstellungsweise ungleichmässige Zusammensetzung und in Folge dessen auch ungleichmässige antiseptische Wirkung. Diesem Uebelstande könnte aber durch staatliche Controle abgeholfen werden.

H. Dreser (Bonn).

395. **L'action désinfectante des monochlorophénols et de leurs éthers salicyliques et leurs métamorphoses dans l'organisme**; par G. Karpow. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. II. 3. p. 305. 1893.)

Die von der Fabrik *v. Heyden* in Radebeul bei Dresden in chemisch reinem Zustand zur Verfügung gestellten Präparate waren: Ortho-, Meta- und Para-Chlorphenol ($C_6H_4Cl.OH$). Der allgemeiner interessante Gesichtspunkt, welcher sich aus den nach dem üblichen bakteriologischen Schema angestellten Versuchen über den Einfluss substituirender Gruppen unter Beiziehung der Resultate anderer Arbeiten gewinnen liess, war folgender: 1) Ersetzt man im Phenol, $C_6H_5.OH$, ein Wasserstoffatom durch die Gruppe des *Carboxyls* (—COOH), so zeigt unter den 3 möglichen Isomeren die *Ortho*verbindung, die Salicylsäure, bekanntermaassen die stärkste antiseptische Kraft. 2) Ersetzt man im Phenol ein H-Atom durch die Gruppe *Methyl*, $-CH_3$, so wirkt nach Fraenkel die *Meta*verbindung, das Metacresol, am energischsten. 3) Substituirt man ein H-Atom durch *Chlor*, so erweist sich nach K. das *Para*chlorphenol als das aktivste der 3 Isomeren; es soll alle bis jetzt bekannten Produkte der aromatischen Reihe an Desinfektionskraft weit hinter sich lassen.

Das Verhalten des Ortho- und Para-Chlorphenols im Organismus stimmt mit dem des Phenols überein; beide werden zu 84% als Aetherschwefelsäure im Harn ausgeschieden.

Die dem Salol entsprechenden Ester der Chlorphenole waren energischere Desinficientien, als das Salol selbst. Im Organismus des Hundes und des Menschen werden Ortho- und Parachlorsalol in ihre Componenten zerlegt, die Phenole werden als Aetherschwefelsäuren, die Salicylsäure wird unverändert ausgeschieden.

H. Dreser (Bonn).

396. **Traitement de l'érysipèle par les chlorophénols et les bromophénols.** Observations cliniques par J. Tschourilow. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. II. 3. p. 329. 1893.)

Tsch. machte von den antiseptischen Eigenschaften der Chlor- und Bromphenole klinische Anwendung, indem er bei Erysipelaskranken Vaselinsalben in die erkrankten Hautpartien einrieb, welche 1—3% dieser Desinficientien enthielten. Bekanntlich sind die Erysipelkokken nur wenig widerstandsfähig gegen Antiseptica. Unter dieser Behandlung verging das Erysipel bei 6 Kranken am 2. Tage, 2 davon hatten Temperaturen bis 40.5°, bei 8 Kranken am 3. Tage. Die längste Behandlungsdauer betrug 8 Tage bei 2 Kranken mit bullösem Ausschlag im Gesicht und am Kopf und mit allgemeiner Schwäche.

In Zukunft beabsichtigt Tsch., subcutane Injektionen von 1proc. wässerigen Lösungen von Parachlorphenol zu benutzen, welche nach Ver-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

suchen an ihm selbst weder örtliche, noch allgemeine schädliche Wirkungen haben.

H. Dreser (Bonn).

397. **Ueber den gegenseitigen Antagonismus von Giften und Heilmitteln und die combinirte Wirkung gegenseitig antagonistischer Mittel.** *Nach Versuchen am isolirten Froschherzen;* von Prof. B. J. Stokvis. (Internat. Beitr. zur wiss. Med. Virchow's Festschrift III. p. 349. 1891.)

Die schon zu wiederholten Malen eingehend erörterte Frage, ob es einen echten doppelseitigen Antagonismus von Giften giebt, d. h., ob sich zwei Substanzen finden, von denen die erste die Wirkung der zweiten, die zweite die Wirkung der ersten aufhebt, wird von St. auf Grund von Versuchen am isolirten, mittels eines modificirten Williams'schen Apparates gespeisten Froschherzen in bejahendem Sinne beantwortet. Nach diesen Versuchen sind *Digitalin* (puriss. *Merck*) und *Muscarin* (sulfuric. *Merck*) als solche Antagonisten anzusehen. Bei Durchströmung des Herzens mit digitalinhaltigem Blut wird die Pulsfrequenz beschleunigt, der Blutdruck erhöht, die Dauer der Systole verlängert, die der Pause verkürzt und schliesslich systolischer Stillstand herbeigeführt, während bei Muscarin genau die entgegengesetzten Erscheinungen auftreten. Die beigefügten Curven zeigen dieses Verhältniss in grosser Anschaulichkeit.

Auch *Digitalin* und *Chinin* erweisen sich in jeder Hinsicht als Antagonisten. Hier wird man den Antagonismus als einen echten gelten lassen, da das Gebiet der Chinin- wie der Digitalinwirkung anerkanntermaassen die Muskelsubstanz ist. Nicht so unbestritten wird die Auffassung von St. bezüglich des Muscarin bleiben, da dieses der herrschenden Anschauung gemäss an einem hemmenden Ganglienapparat angreift. St. hält die herrschende Lehre, da sie hauptsächlich sich auf solche Versuche stütze, bei welchen das Gift auf die Oberfläche des blossgelegten, mit dem Körper noch zusammenhängenden Herzens gebracht wurde, für nicht ganz einwandfrei und nicht ohne Weiteres auf das isolirte Herz übertragbar, glaubt jedenfalls dem Muscarin auch Muskelwirkungen zusprechen zu müssen, auf die er jedoch nicht näher eingeht.

Interessant sind die Versuche über *combinirte gleichzeitige Wirkung gegenseitig antagonistischer Mittel* (Digitalin und Muscarin oder Digitalin und Chinin). Es stellte sich heraus, dass sich eine vortheilhafte antagonistische Wirkung erst dann erzielen lässt, wenn mittelstarke Lösungen eines in der einen Richtung wirkenden Giftes mit sehr verdünnten Lösungen des entgegengesetzten verbunden wurden. Bei dieser Combination konnten Gaben des lähmenden Giftes vertragen werden, die ohne den Zusatz des Antagonisten das Absterben des Organs herbeigeführt hätten, und ferner vollzog sich hiernach die Entgiftung und Erholung des Herzens viel schneller, als bei alleiniger Einwirkung des lähmenden Giftes.

Roether (Offenbach).

398. **Zum Vergleiche der Chloroform- und Aethernarkose**; von Dr. W. Körte in Berlin. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 9. 10. 1894.)

K. hat während seiner selbständigen chirurgischen Thätigkeit 4mal *primäre Herzlähmung durch Chloroform* eintreten sehen; 3 Pat. starben, der 4. kam wieder zum Leben. Bei keinem dieser Kranken war eine Herzaffektion nachweisbar, weder intra vitam, noch bei der Autopsie. Die Beschaffenheit des Chloroforms war tadellos; 3mal erfolgte der Anfall vor dem Beginne der Toleranz, ehe noch irgend ein Eingriff begonnen hatte.

Seit Mitte 1893 hat K. die *Aethernarkose* mittels der Julliard'schen Maske angewendet und kann nach seinen bisherigen Erfahrungen nur dem günstigen Urtheile Garrè's, Trendelenburg's u. A. über die Aethernarkose beistimmen.

Als *Contraindikationen gegen die Aetheranwendung* betrachtet K. frische Bronchitis; entzündliche Lungenerkrankungen, akute Kehlkopf- und Trachealverengerungen; endlich Operationen im Gesicht und Mund, weil für eine gute Aethernarkose andauerndes Daraufhalten der umfangreichen Maske nöthig ist.

P. Wagner (Leipzig).

399. **Die Aethernarkose**; von Dr. O. Grossmann in Giessen. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 3. 4. 1894.)

G. berichtet über die in der L. Landau'schen Privatklinik in Berlin mit der von Wanscher in Kopenhagen angegebenen Maske ausgeführten Aethernarkosen. Mittels dieser Maske wird die *„berauschende"* Methode der Aethernarkose erzielt, deren Wesen darin besteht, dass man den Aether, in ähnlicher Weise wie das Chloroform, gemischt mit Luft giebt. Der Aether darf nicht zu stark mit Luft verdünnt werden, sonst erreicht man nichts Anderes als eine endlos lärmende Berauschung mit Erbrechen und nachfolgendem starken Kopfschmerz wie beim Alkoholrausch.

Die Aethernarkose mit der Wanscher'schen Maske wird in der Landau'schen Klinik seit 1890 ausschliesslich, und zwar mit bestem Erfolge angewendet.

P. Wagner (Leipzig).

400. **Die bisherigen Erfahrungen bei Aethernarkosen**; von Dr. Paul Tschmarke in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 4. 1894.)

Tsch. theilt die Erfahrungen mit, die in der chirurg. Abtheilung des städtischen Krankenhauses Moabit in Berlin mit der Aethernarkose gemacht worden sind, und fasst sie in folgende Sätze zusammen:

1) Die Aethernarkose scheint ungefährlicher, als die Chloroformnarkose, dabei ebenso einfach und leicht und in jedem Alter zu verwenden.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

2) Die Aethernarkose ist bei Herzkranken indicirt, da der Aether den Blutdruck steigert. 3) Die Aethernarkose soll nicht zur Anwendung kommen: a) bei Operationen im Gesicht oder in unmittelbarer Nähe desselben, besonders wenn mit dem Thermokauter gearbeitet wird; b) bei bestehender Bronchitis und anderen Lungenkrankheiten; c) wenn es darauf ankommt, schnell eine völlige Muskelentspannung zu erreichen. 4) In diesen Fällen ist das Chloroform in alter Weise zu gebrauchen. 5) Das Chloroform bleibt vollständig neben dem Aether zu Recht bestehen, jedes Narkoticum hat seine unleugbaren Vortheile.

Im Nachtrage theilt Tsch. einen *Todesfall durch Aetherinhalation* (50 g Aether) bei einem 35jähr. kräftigen Arbeiter mit. Es handelte sich hier um eine richtige primäre Lähmung der Respiration. P. Wagner (Leipzig).

401. **Klinische Untersuchungen über die Wirkung der Aether- und Chloroformnarkose auf die Nieren**; von Dr. O. Wunderlich in Tübingen. (Beitr. z. klin. Chir. XI. 2. p. 534. 1894.)

W. hat in der Tübinger chirurg. Klinik den Harn von 125 Kr. *vor und nach der Narkose* chemisch und mikroskopisch untersucht und dabei Folgendes gefunden: Eine bereits bestehende *Albuminurie* wird häufig durch Aethernarkose gesteigert. Durch die Chloroform-, seltener durch die Aethernarkose kann Albuminurie hervorgerufen werden, die spätestens 2 Tage nach der Operation verschwindet, vorausgesetzt, dass keine Complikationen, wie Fieber, hinzukommen. In Folge der Chloroform-, seltener der Aethernarkose kann *Cylindrurie* zu Stande kommen. Besteht sie bereits, so findet sowohl bei Aether-, als bei Chloroformnarkose in den meisten Fällen eine Steigerung statt. *Albuminurie* kommt zu Stande unter dem Einflusse der Aether-, bez. Chloroformnarkose, durch eine Ischämie der Nieren oder durch eine Herabsetzung des Blutdrucks. *Cylindrurie* ist die Folge einer specifischen, nekrotisirenden Wirkung des Aethers und Chloroforms auf die Epithelien der gewundenen Harnkanälchen. P. Wagner (Leipzig).

402. **Ueber den Gebrauch des Pentals in der Chirurgie**; von P. Th. Fedorow. (Wratsch 1893. p. 61 u. 94.) Russisch.

Das Amylen, neuerdings Pental genannt, ist kein neues Anästheticum. Es wurde von Cahours entdeckt und von Vallard im Jahre 1844 beschrieben. Im Jahre 1856 hat Snow seine anästhetische Wirkung bei Zahnextraktionen verwerthet. Im Jahre 1857 hat Billroth eine Fussamputation bei Pentalnarkose ausgeführt. F. hat 117 Pat. mit Pental narkotisirt. Die geringste Menge, die er verwandte, betrug 2.0 g, die grösste 8.0 g, die gewöhnliche 4.0—6.0 g. Die Narkose dauerte je nach der Menge des verbrauchten Pentals $^1/_2$—15 Minuten.

Auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und der früher beschriebenen stellt F. folgende Sätze auf:

1) Pental ist ein gutes Anästheticum, besonders für Operationen, die 2—4 Minuten dauern. 2) Da Pental schnell und stark wirkt und das Herz am meisten afficirt wird, so ist die sitzende Lage bei Pentalnarkose sehr gefährlich und Pental darf deswegen bei Zahnextraktionen nicht gebraucht werden. 3) Die gefährlichste Zeit bei Pentalnarkose ist die erste Minute; darum muss in dieser Zeit die höchste Vorsicht obwalten. 4) Die Narkose muss bis zur vollständigen Abwesenheit der Besinnung und des Gefühls geleitet werden, weil im anderen Falle gefährliche deprimirende Reflexe von der Operationstelle aus einwirken können.

M. Gerschun (Dorpat).

IV. Neuropathologie und Psychiatrie.

403. **Ueber verschiedene Formen der Augenmuskelstörungen.** (Vgl. Jahrbb. CCXL. p. 28.)

Louis Tollemer (Contribution à l'étude des polioencéphalites supérieures. Thèse de Paris 1894) handelt von der nucleären Augenmuskellähmung als von einer selbständigen Krankheit. Die Arbeit enthält 2 neue Beobachtungen.

I. Bei einem 33jähr. Manne waren einige Tage nach einer Lungenentzündung unter Kopfschmerz und Erbrechen Sehstörungen eingetreten. Man fand: Starre der Augäpfel bis auf geringe zuckende Bewegungen, ohne Ptosis, Erweiterung der Pupillen, Trägheit der rechten, Unbeweglichkeit der linken Iris, Parese des M. ciliaris, Fehlen des Kniephänomens. Kopfschmerz und Erbrechen dauerten an, der Kr. wurde hinfällig. Da die Frau vor mehreren Jahren 2mal Fehlgeburten durchgemacht hatte, wurde der Kr. mit Hg und Jodkalium behandelt. Rasch trat Besserung ein. Nach 5 Wochen wurde der Kr. in gutem Zustande entlassen: die Pupillen waren normal (keine reflektorische Starre), die Augenbewegungen waren alle möglich, nur die Seitwärtsbewegungen noch beschränkt, das Kniephänomen fehlte noch. Nach weiteren 2 Mon. war auch das letztere zurückgekehrt und waren die Augen ganz normal. Noch $^3/_4$ J. später schien der Pat. ganz gesund zu sein.

II. Bei einer 49jähr. Näherin, die in kinderloser Ehe lebte, hatte sich zusammen mit anderen Tabessymptomen in Schüben Ophthalmoplegia exterior duplex entwickelt. Die Pupillen reagirten, die Accommodation schien nicht in Ordnung zu sein. Ausserdem bestanden reissende Schmerzen, Stimmbandlähmung, Parästhesien im Gesicht und in den Gliedern, Rectumschmerzen, unsicherer Gang, Muskelschwund an den Armen. Wunderlicher Weise meint Vf., es handle sich nicht um Tabes, sondern um „Polioencephalomyelitis".

In de Spéville's Beobachtung (Paralysie oculaire chez un enfant de 4 ans. Revue des Mal. de l'Enfance XII. p. 124. Mars 1894) handelt es sich um einen 4jähr. Knaben mit vollständiger Oculomotoriuslähmung links. Das Kind hatte vor 1 J. Masern gehabt, war seitdem wohl gewesen; vor 8 Tagen war es unruhig, verstimmt, appetitlos geworden, es schien etwas Fieber ohne Kopfschmerzen vorhanden gewesen zu sein. In 12 Std. war die Ptosis vollständig geworden. Hereditäre Syphilis schien nicht

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

zu bestehen. In 1 Mon. trat Heilung ein. [Gegen periodische Oculomotoriuslähmung spricht nur das Fehlen des Kopfschmerzes und des Erbrechens. Vielleicht handelte es sich um einen Hirntuberkel.]

Harry Friedenwald (Post-diphtheric paralysis of both external recti muscles. Med. News LXIII. 17. p. 461. Oct. 21. 1893) beschreibt ein 5½jähr. Mädchen, das 6 Wochen nach dem Beginne einer 3 Wochen dauernden Halsentzündung eine Lähmung beider Externi bekam. Die Parese verschwand nach 16 Tagen ziemlich plötzlich.

J. P. Nuel (Paralysie des muscles extrinsèques de l'oeil due à leur dégénérescence hyaline. Arch. d'Ophthalm. XIII. 2. p. 76. Ref. im Arch. f. Augenhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 34. 1893) hat eine merkwürdige Beobachtung mitgetheilt.

Ein 31jähr., vorher gesunder Steuerbeamter war von einem Blitze zur Seite geschleudert worden und litt seitdem zeitweise an Doppeltsehen. 10 J. später fand man völlige Unbeweglichkeit des durch eine höckrige Geschwulst nach vorn gedrängten rechten Auges. Die Bewegungen des Lides, der Iris, die Accommodation, das Sehvermögen waren erhalten, der Augenhintergrund war normal. Am linken Auge waren nur die Bewegungen nach unten und innen frei; kein Exophthalmus. Die Geschwulst hinter dem rechten Auge wurde durch eine Operation entfernt und die Untersuchung ergab, dass sie aus den äusseren stark verdickten und bröcklig gewordenen Muskeln bestand. Die Muskelfasern waren bis auf Reste verschwunden, die inmitten von hyalin entartetem Gewebe lagen.

Vito L. Raia (Three cases of partial paralysis of the ocular muscles from injury to the head. Med. News LXIV. 5. 1894) theilt folgende Beobachtungen mit.

I. 63jähr. Mann. Verletzung der linken Schläfengegend. Bewusstlosigkeit, Kopfschmerz, Schwindel. Nach 3 Wochen Doppeltsehen. Lähmung des rechten Externus.

II. 45jähr. Mann. Verletzung der rechten Schläfengegend. Nach 3 Tagen Doppeltsehen. Links Trochlearislähmung.

III. 9jähr. Knabe. Verletzung der rechten Schläfengegend (Fraktur). Zweitägige Bewusstlosigkeit. Nach 4 Wochen Doppeltsehen. Lähmung des rechten Internus.

In dem Falle von Fr. Hosch (Totale Lähmung sämmtlicher Augennerven, ein Beitrag zur Lokalisationsfrage. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 3. p. 311. 1894) hatte ein Krebsknoten alle Nerven einer Orbita zerstört.

Bei einer 49jähr. Frau mit Uterus-Carcinom bestanden links Blindheit, Lähmung aller Augenmuskeln, Anästhesie des Auges. Die Papille war etwas blass. Die Kr. klagte über Schmerz im linken Hinterkopfe.

H. setzt auseinander, dass die Läsion diesseits des Chiasma und des Sinus cavernosus sitzen musste, da das rechte Gesichtsfeld normal war und Stauungserscheinungen am linken Auge fehlten, und dass doch der Herd nicht in der Orbita gesucht werden konnte, da der Bulbus durchaus nicht vorgetrieben war.

Die Diagnose wurde bestätigt. Der vom kleinen Keilbeinflügel ausgehende Krebs verschonte das Chiasma, hatte aber den linken N. opticus durchsetzt, bez. die anderen Nerven theils zerstört, theils zusammengedrückt. Wegen der genauen anatomischen Beschreibung ist auf das Original zu verweisen.

M'Call Anderson u. Wm. R. Jack (Recurrent paralysis of the third nerve and hemicrania. Glasgow med. Journ. XLI. 4. p. 249. April 1894) berichten über einen Fall von wiederkehrender Oculomotoriuslähmung.

Eine 26jähr. Frau, deren Vater jung an Schwindsucht gestorben war, deren andere Verwandten gesund waren, hatte seit der Kindheit, etwa alle 6 Wochen an Migräne gelitten. Diese bestand in rechtseitigen Stirnkopfschmerzen, die 2 Tage dauerten und von Erbrechen begleitet waren. Schon früher [Genaueres ist nicht angegeben] sei in schweren Anfällen das rechte obere Lid herabgesunken, aber erst im Juni 1890 war nach einem längeren Anfalle die Augenlähmung vollständig eingetreten. Nach 2 Mon. war ein 2. Anfall mit Lähmung gefolgt und so etwa hatten sich die Anfälle in den nächsten Jahren wiederholt. Im März 1893 war der Schmerz sehr heftig gewesen und erst im Juni war die Lähmung wieder verschwunden. Seit October bestand von Neuem Lähmung (Eintritt am 12. Dec. 1893). Die Kr. klagte, sie könne schlechter sehen als früher, besonders Farben, sie sei blass und mager geworden, bekomme oft Herzklopfen und Athembeschwerden, sei sehr reizbar. Man fand rechts vollständige Oculomotoriuslähmung, Einschränkung des Gesichtsfeldes für Farben (Dr. W. E. Thomson), auffallend geringe Harnmenge. Die Kr. gab an, besonders bei Erbrechen lasse sie fast gar keinen Harn. Im Hospitale erbrach sie nicht, hatte aber wiederholt ihre Kopfschmerzen und an einem solchen Tage betrug die Harnmenge nur 14 Unzen. Vorübergehend hatte sich im Harn eine kleine Menge Zuckers gefunden. Der Kopfschmerz wurde mit Erfolg durch Phenacetin bekämpft. Die Augenlähmung ging langsam zurück, aber an den Kopfschmerztagen sank das Lid wieder herunter. Bemerkenswerth ist noch, dass auch das linke obere Lid gesenkt war; drückte man das rechte Auge ganz zu, so ging jenes in die Höhe, öffnete man das rechte Auge weit, so deckte das linke Lid einen Theil der Pupille. Der Augenhintergrund war normal.

Eine Epikrise fehlt.

Auch Edwin E. Jack (A case of recurrent paralysis of the oculomotor nerve. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 25. p. 617. 1893) beschreibt eine 26jähr. Schwedin, deren Mutter an Kopfschmerzen gelitten hatte, deren Geschwister gesund waren. Die Pat. war früher im Allgemeinen immer gesund gewesen, hatte vor 2 Mon. heftige Schmerzen in der linken Stirn- und Augengegend bekommen, war appetitlos geworden, hatte erbrochen. Nach 1 Tage war links Ptosis eingetreten. Nach 3 Tagen war bis auf die letztere die Krankheit anscheinend vorüber. Nach 2 Wochen hatte die Kr. das Lid wieder heben können und hatte nun erst das Doppeltsehen bemerkt. Vf. fand Erweiterung und Trägheit der linken Pupille, Parese der äusseren Oculomotorius-Muskeln. Nach 6 Mon. war der Zustand nicht wesentlich verändert.

Die Kr. erzählte, sie habe dem beschriebenen ähnliche Anfälle seit 10 Jahren, in manchen Jahren 2—3, in anderen 5—6. Vor dem letzten Anfalle hatte sie 9 Mon. lang Ruhe gehabt. In den ersten Jahren sei zwischen den Anfällen keine Lähmung geblieben, aber seit 4—5 J. leide sie dauernd an Erweiterung der Pupille, Störung im Nahesehen und an Doppeltsehen.

J. Bard (D'un caractère objectif différentiel du nystagmus congénital et du nystagmus de la sclérose en plaques. Lyon méd. LXXIV. 48. 1893) giebt an, dass bei den Endstellungen, besonders bei gewaltsamem Seitwärtssehen der angeborene Nystagmus momentan aufhöre, während der bei multipler Sklerose mit der Grösse der Bewegung zunimmt.

[Magnus (Zur Aetiologie des Nystagmus. Centr.-Bl. f. prakt. Augenhkde. XVII. Dec. 1893) betrachtet die Ueberanstrengung der Heber des Auges als Ursache des Nystagmus, wie Nieden es bei den Bergleuten angegeben hatte. M. hatte Gelegenheit, an einem einige Wochen alten Kinde

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

eines Arztes die gleiche Ursache für Nystagmus finden zu können.

Das Kind zeigte nystagmusartige Bewegungen der Augen nur dann, wenn ihm ein Gegenstand von oben vorgehalten wurde. Zuerst und am meisten merkten es die Eltern, wenn das Kind auf dem Rücken lag und in dem dunklen, sogen. Berliner Zimmer nach den Lampen an der Decke guckte. Das Kind wurde in ein gleichmässig erhelltes Zimmer gebracht, es wurde vermieden, dass das Kind Gegenstände über ihm fixirte und nach einigen Wochen verschwand der Nystagmus vollständig. Das Kind, jetzt 4 Jahre alt, hat vollständig normale Augen.
Lamhofer (Leipzig).]

Nach Fr. Schultze (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. V. 1. p. 42. 1894) hat sein Schüler, Offergeld, eine Dissertation „über nystagmusartige Zuckungen bei Gesunden" (Bonn 1893) geschrieben und darin mitgetheilt, dass von 200 untersuchten Gesunden nur 50 „ein Zucken der Bulbi nicht zeigten, auch wenn er mit mässiger Geschwindigkeit den zu fixirenden Finger vor den Augen der Exploranden vorbeiführte". Sch. ist daher der Meinung, dass auf nystagmusartige Zuckungen beim Seitwärtssehen nichts zu geben sei.

Ref. kann nur sagen, dass die von ihm untersuchten Gesunden keine Zuckungen hatten und dass da, wo diese deutlich vorhanden waren, stets Gründe vorlagen, eine Abducensschwäche anzunehmen.

[Reche (Pupillen-Ungleichheit. Aus der Augenklinik von Prof. Magnus in Breslau. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 13. 1893) fand unter 14392 Augenkranken 256 mit Pupillen-Ungleichheit. Wurden hiervon alle Kranken ausgeschieden, bei denen Tabes, Atrophie, Netzhautablösung, entzündliche Veränderungen, Lähmung und Neuralgie vorhanden waren, so blieben noch 143 „reine Fälle", also 1.0% der Behandelten. Die Differenz der Pupillengrösse betrug 0.5—3 mm. Es waren alle Lebensalter vertreten. Weiter war die Pupille bei Hornhauttrübung, Katarakt. Sonst waren es hauptsächlich Hypermetropen und Myopen, zusammen 78, bei denen Ungleichheit beobachtet wurde, und zwar derart, dass die weitere Pupille stets dem schwachsichtigen Auge entsprach. Für die Augen ohne Unterschied im Sehvermögen zwischen rechts und links entspricht die engere Pupille wohl einem zufällig stärker entwickelten Sphinktermuskel.
Lamhofer (Leipzig).]

Friedr. Iblitz (Kommt Pupillendifferenz auch bei Leuten vor, welche nicht augen- oder nervenkrank sind? Inaug.-Diss. Bonn 1893) giebt ausführliche Berichte über die Angaben der Autoren und theilt einige Beobachtungen aus der Bonner Klinik mit. Er kommt zu dem Schlusse, dass sowohl dauernde, als vorübergehende Pupillen-Ungleichheit bei allen möglichen Krankheiten vorkomme und sich auch „bei Gesunden" finde. Man könne daher etwaige Pupillen-Ungleichheit nicht als Beweis gegen Simulation verwerthen.
Möbius.

404. **Ein Fall von einseitigem (wahrscheinlich angeborenem) infantilen Gesichtsmuskelschwund**; von Prof. M. Bernhardt. (Neurol. Centr.-Bl. XIII. 1. 1894.)

Ein 24jähr. Mann aus gesunder Familie litt seit frühester Jugend an Schwund der rechtseitigen Gesichtsmuskeln. Das Leiden war 2 Wochen nach der natürlichen Geburt des Kr. von seiner Mutter bemerkt worden. Die Lippen waren auffallend voll, konnten gespitzt werden und der Mundwinkel konnte nach rechts etwas verzogen werden. Auch bei elektrischer Untersuchung wurde ein Rest von normaler Erregbarkeit in den Lippen- und Kinnmuskeln rechts gefunden, während die Augen- und Wangenmuskeln ganz unerregbar waren. Beim Blicke nach rechts oder nach links traten in den Endstellungen nystagmusartige Zuckungen ein.

B. betont, dass auch in den vom *Ref.* u. A. beschriebenen Fällen von angeborener doppelseitiger Abducens-Facialislähmung die den Mundwinkel nach aussen und unten ziehenden Muskeln relativ erhalten waren. Nach Gowers deutet dieses Verhalten auf eine Kernerkrankung, da die in Rede stehenden Muskeln vom Hypoglossuskerne aus innervirt werden sollen.

[*Ref.* muss das bei Schultze's Beobachtung (Jahrbb. CCXXXV. p. 236) Gesagte wiederholen, dass nämlich die nystagmusartigen Zuckungen beim Seitwärtssehen eine doppelseitige Abducensparese, bez. -Kernerkrankung bedeuten, dass daher auch B.'s Fall keinen auf das Facialisgebiet beschränkten infantilen Kernschwund darstellt.] Möbius.

405. **Ueber Akromegalie.** (Vgl. Jahrbb. CCXL. p. 237).

Julius Arnold (Weitere Beiträge zur Akromegaliefrage. Virchow's Arch. CXXXV. 1. p. 1. 1894) berichtet zunächst über das Lebensende und die anatomische Untersuchung der von Erb beschriebenen Frau Ruf. Es muss wegen der Einzelheiten der ausführlichen Beschreibung auf das Original verwiesen werden.

A. giebt ferner eine Uebersicht über die bisher gewonnenen anatomischen Kenntnisse unter Hervorhebung seiner eigenen Befunde. Bei der Haut fand A. besonders Zunahme der untersten Schichten der Lederhaut und des Unterhautzellgewebes. Ueberall, an den Drüsen, den Gefässen, den Nerven der Haut war das Bindegewebe vermehrt. Die zahlreichen weichen Warzen erinnerten weiter an Elephantiasis. Aus der Beschreibung der Knochenveränderungen ist hervorzuheben, dass es A. nicht gelang, eine Verlängerung der Knochen nachzuweisen. Nach A. hat nur Holsti eine solche gefunden. Die constanteste Veränderung der Knochen bei Akromegalie, sagt A., ist die Verdickung des Periosts, sowie die subperiostale und supracorticale Knochenneubildung, zu der sich eine enostale, zur Skerose der Knochen führende hinzugesellen kann. Die Betheiligung der einzelnen Knochen ist in den verschiedenen Fällen verschieden. In fast allen Muskeln wurde Entartung gefunden: Atrophie, Hypertrophie mit Vacuolen,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Kernwucherung, Vermehrung des Zwischengewebes, hyaline Bildungen. Die Aufstellung einer amyotrophischen Form der Akromegalie, die Duchesneau vorschlägt, hält A. deshalb nicht für richtig, weil solche Muskelveränderungen wahrscheinlich in allen Fällen von Akromegalie getroffen werden. In der Zunge fand A. nur Bindegewebewucherung. Wie die Muskeln sind auch die Nerven erkrankt: Zunahme des Zwischengewebes, hyaline Kugeln im Innern der Nerven. Entartet waren ferner die Spinalganglien, die Nervenwurzeln, besonders die hinteren, und die medialen Theile der Hinterstränge. A. betont, dass die Vergrösserung des Hirnanhanges nicht immer bei Akromegalie gefunden wird, dass sie daher eher als Zeichen, denn als Ursache der Krankheit zu betrachten ist. In seinem Falle war die Geschwulst, die den Türkensattel zerstört und die Sehnerven zusammengedrückt hatte, ein Adenom, bez. Lymphosarkom. Den rechten Lappen der Schilddrüse fand A. vergrössert und reich an Colloid, das Zwischengewebe hyalin entartet. Eine Veranlassung zu einer compensatorischen Vergrösserung der Hypophyse lag also nach A. nicht vor. Unbeständig ist auch die Vergrösserung der Thymus. Auch in A.'s Falle war das ganze Gefässsystem, Herz, Arterien, Venen, hypertrophisch.

In einem Abschnitte über die Ostéarthropathie hypertrophiante betont A., dass diese eine sekundäre Störung, die Akromegalie aber eine selbständige Krankheit sei. Am zweckmässigsten sei der Name „sekundäre hyperplastische Ostitis". Er betone das sekundäre, vermeide die ausschliessliche Beziehung auf primäre Lungenerkrankungen, lasse die zweifelhaften Gelenkveränderungen bei Seite. Dass man den Fall Hagner mit Unrecht hierher gerechnet habe, hebt A. nachdrücklich hervor.

Es folgt noch eine tabellarische Uebersicht über die neueren Beobachtungen von Akromegalie und von Osteoarthropathie.

P. Blocq (De l'acromégalie. Gaz. hebd. Janv. 1894) lieferte eine gute kritische Uebersicht.

L. Haskovec (Note sur l'acromégalie. Revue de Méd. XIII. 3. p. 237. 1893) beschreibt 2 Kr. mit typischer Akromegalie. Bei dem 1. schien die Schilddrüse atrophisch zu sein, bei dem andern bestand ein Kropf. In seinen theoretischen Erörterungen betont H. besonders die bisher nur vermutheten Beziehungen zwischen Schilddrüse und Hirnanhang, erhofft weitere Aufklärung von der Erkenntniss dieser Beziehungen.

Ralph L. Parsons (Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 2. p. 120. Febr. 1894) berichtet über einen 36jähr. Akromegalie-Kranken, der seit 8 Jahren an Kopfschmerzen litt, seit 6 Jahren die Vergrösserung der Hände bemerkt hatte. Besondere Züge scheinen in dem Falle nicht vorhanden gewesen zu sein. Der Kr. wurde mit Schilddrüsensaft behandelt. Der Kopfschmerz nahm ab und der Kr. fühlte sich wohler. P. meint aber selbst, es könne sich wohl um Suggestion gehandelt haben.

J. Dreschfeld (A case of acromegaly. Brit. med. Journ. Jan. 6. 1894) beschreibt einen 30jähr. Weber, der vor etwa 5 Jahren die Vergrösserung seines Kopfes, seiner Hände und Füsse bemerkt hatte und seitdem an Kopfschmerzen litt. Die Krankheit war gut ausgeprägt. Es bestanden hängende Warzen am Rumpfe. Der Harn enthielt keinen Zucker. Links Blindheit, rechts Amblyopie, beiderseits Opticusatrophie. Dämpfung über dem oberen Theile des Brustbeins. Zu beiden Seiten des Halses neben dem Sternocleidomastoideus fühlte man eine harte Masse, welche sich in den Thorax hinein fortsetzte. Die Tumoren schienen nichts mit der Schilddrüse, die nicht gefühlt werden konnte, zu thun zu haben. Sie wurden bei Arsenik-Gebrauche kleiner. Zugleich nahmen die Athembeschwerden, die den Kranken in das Krankenhaus geführt hatten, ab.

Byrom Bramwell (Acromegaly in a giantess. Brit. med. Journ. Jan. 6. 1894. p. 21) beschreibt eine Riesin mit Akromegalie. Die Kr. war 6 Fuss 2 Zoll hoch. Sie war bis zum 16. Jahre normal gewesen. Hände und Füsse waren gross, doch nicht eben charakteristisch. Doch bestanden Mattigkeit, Hemianopsie, Hautwarzen. Schilddrüsenextrakt war erfolglos, Hypophysenextrakt bekam der Kr. sehr gut.

Richard Caton (Notes on a case of acromegaly treated by operation. Brit. med. Journ. Dec. 30. 1893) berichtet über einen merkwürdigen Fall von Tumor der Hypophysis mit Akromegalie-Symptomen.

Bei einer 33jähr. Frau waren vor 3 Jahren Schmerzen, die von einem Ohre zum anderen zogen, aufgetreten, Zu gleicher Zeit waren Nase, Lippen, Kinn, Hände und Füsse dicker geworden. Die Schmerzen dauerten an, waren besonders in der linken Seite des Kopfes und Gesichtes stark. Die Haare wurden grob, es entwickelte sich eine Kyphose. Nach einer Abbildung stellte sich die Kr. als eine Akromegalische mittleren Grades dar. Mit der Zeit traten zu den Symptomen hinzu Hyperästhesie des Kiefers links, Gedächtnisschwäche, Taubheit rechts, Amenorrhöe und Atrophie der Mammae, noch später allgemeine Schwäche, Amaurose rechts, Amblyopie links, mit Neuritis, bez. Atrophie der Papille, doppelseitige Taubheit.

Es wurde in der rechten Fossa temporalis trepanirt. Die Dura drängte sich in das Loch und es waren keine Pulsationen des Gehirns wahrzunehmen. Nach der Operation hörten die Schmerzen auf. Die Sehfähigkeit wurde nicht besser. Nach 3 Monaten starb die Kr. plötzlich.

Der Türkensattel war beträchtlich erweitert. Die Hypophyse war apfelgross und war zu einem weichen Rundzellensarkom geworden. Das Chiasma war plattgedrückt. Möbius.

E. Fratnich in Görz (Comunicazioni ulteriori sopra un caso d'acromegalia. Venezia 1893. 3 pp.) berichtet im Anschlusse an die vor einem Jahre in der Rivista Veneta di Scienze med. veröffentlichte Krankengeschichte über den Sektionsbefund in einem typischen Falle von Akromegalie.

Asymmetrische Schädelform, Hyperämie der Meningen, teigige Consistenz der Hirnsubstanz, Hydrocephalus externus, im Türkensattel eine haselnussgrosse, mit Blut gefüllte Cyste, deren Wand an einigen Stellen aus einer fibrösen und einer bindegewebigen, kernarmen, weitmaschigen Schicht, an anderen Punkten aus einer fibrösen und einer Schicht kleiner, runder, unregelmässiger Zellen zusammengesetzt war. An mehreren mikroskopischen Präparaten bemerkte man unter der fibrösen Lage sehr grosse lacunäre Räume, die mit einer colloiden Masse gefüllt waren. Es handelte sich offenbar um eine colloide Degeneration der Glandula pituitaria mit Cystenbildung und Untergang der nervösen Elemente. Atrophie der Schilddrüse, Hypertrophie der Stimmbänder und Kehlkopfknorpel. Links in der Pleura 2 Liter blutigen Serums. Hypertrophie des Herzens, der Milz, der Leber

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

und Niere. Zwei knorpelige Knötchen an der Bicuspidalis. Atrophie der Hoden, totaler Schwund der Thymus.
Jacob Gentilli (Görz).

406. **A further contribution to the study of the pathology of the hypophysis cerebri**; by Rubert Boyce and Cecil Beadles. (Journ. f. Pathol. and Bacteriol. I. 3. p. 359. 1893.)

Die Vff., die auf ihre früher veröffentlichten Experimente über die Beziehungen zwischen Hypophysis und Thyreoidea hinweisen, geben zunächst einen historischen Ueberblick über die embryologischen, anatomischen, physiologischen und pathologischen Eigenschaften der Hypophysis; besonders wird deren Vergrösserung bei Cretinismus und nach Schilddrüsenexstirpation (Cachexia thyreopriva) hervorgehoben. Sodann fassen die Vff. auf Grund von 100 Einzeluntersuchungen ihre Erfahrungen bez. der normalen und pathologischen Anatomie der Gl. pituitaria zusammen, wobei besonders die Gewichtsverhältnisse beachtet wurden. Im dritten Theil der Arbeit sind 9 selbstbeobachtete Fälle von Tumor hypophyseos beschrieben, und zwar sind 7 davon erhalten bei 3000 Sektionen von Geisteskranken, einer stammt von einem Fall von Akromegalie.

In *Fall 1* bestanden klinisch bei einer 57jähr. Pat. „Wahnsinn und Melancholie", Amaurose des linken Auges, keine Zeichen von Lues. Der vordere Lappen der Hypophysis war tuberkulös.

Fall 2: 71jähr. Frau, Gedächtnissschwäche, Wahnvorstellungen, leichte Demenz, kurz ante mortem Paralyse der linken Körperseite. Man fand einen mit der nicht veränderten Hypophysis am Infundibulum zusammenhängenden zelligen Tumor (accessorische Hypophysis), dessen histologische Eigenthümlichkeiten näher beschrieben werden.

Fall 3: 16jähr. Mädchen, keine besonderen Symptome. Tod an Phthise. Vergrösserung der Gl. pituit. (Spindelzellensarkom).

Fall 4: Mann. Akute Manie, Epilepsie, Wahnvorstellungen. Dementia. Keine Augensymptome. Gland. pituit. von Wallnussgrösse.

Fall 5: Frau. Manie, Wahnvorstellungen. Cyste der Gl. pituit.

Fall 6: Frau. Manie und vollständige Erblindung. Man fand eine wallnussgrosse Cyste der Gland. pituit., die den Tractus opticus und das Chiasma comprimirt hatte. Die Cystenwände enthielten „Verknöcherungen".

Fall 7: Frau. Akromegalie, angeblich seit dem 16. Lebensjahre. Cystischer Tumor der Hypophysis, der das Keilbein etwa in der Ausdehnung eines Gänseeies ausgehöhlt hat. Ebenfalls Compression des Chiasma, des Lob. olfactorius, ferner Zerstörung des Bodens des 3. Ventrikels. Einfache Hypertrophie der Schilddrüse.

Fall 8: Frau. Wahnvorstellungen. Cavernom (?) der rechten Brust. Metastatischer Tumor der Gl. pituit.

Fall 9: Mann. Wahnvorstellungen, Manie. Seröser Erguss in die Seitenventrikel. Innerhalb des Circ. Willisii ein taubeneigrosser Tumor (Cancroid?) mit der Gl. pituit. verbunden.

Ferner werden noch 2 andere Fälle von grossen Tumoren der Hypophysis angeführt und 90 Fälle aus der Literatur citirt.

Vff. geben zum Schluss noch eine Darstellung der Symptomatologie der Hypophysistumoren: Wenn diese in den Knochen der Sella turcica hineinwuchern, können bestimmte Symptome lange Zeit fehlen, anders, wenn sie nach vorn zum Chiasma oder nach hinten zum III. Ventrikel sich ausbreiten. Dazu kommt noch in Betracht die Schnelligkeit des Wachsthums. Bei Abscessen, Hämatomen, schnell wachsenden Gefässtumoren u. s. w. beobachtet man: Kopfschmerz, Nausea, Schwindel, Convulsionen, Bewusstlosigkeit, Photophobie, plötzliche Amaurose, Protrusion der Bulbi, Delirium, Koma. Bei mehr chronischer Entwickelung: im Anfang Kopfschmerz, besonders in der Stirn, Nausea, Verdauungstörungen. Dann Symptome seitens eines, später beider Augen, wie Amblyopie, Hemianopie, Amaurosis, Ptosis, Exophthalmus, zunächst mit negativem ophthalmoskopischen Befunde, später mit Stauungspapille u. s. w. Schlafsucht wird oft beobachtet. Gedächtnissschwäche, Schwindel, Delirium, Koma, Tod. Sensible und motorische Störungen traten gewöhnlich erst spät ein, zuweilen Schwerhörigkeit, Geruchsstörungen, Langsamkeit der Sprache.

Pathologisch-anatomisch theilen Vff. die Tumoren der Gland. pituit. ein in: 1) Akute und chron. infektiöse Tumoren; Abscesse und Granulomata. 2) Hämatome. 3) Tumoren des Infundibulum und des Lobus posterior. 4) Tumoren der die Hypophysis umgebenden Membranen, wie Lipome. 5) Glanduläre Neoplasmen. 6) Teratome.
R. Klien (München).

407. **A case of cylindroma of the brain, with remarks**; by Ernest Ch. Carter. (Journ. f. Pathol. and Bacteriol. I. 3. p. 384. 1893.)

C. theilt, nachdem er einen kurzen Ueberblick über die in den Lehrbüchern vertretenen Ansichten über die Cylindrome vorausgeschickt hat, eine eigene Beobachtung mit. Es bestand Epilepsie, aber kein Symptom eines Grosshirntumor. Im vorderen Ende des Gyrus front. super. dexter fand sich ein wallnussgrosser, derbelastischer Tumor; er ragte wenig über die Oberfläche hervor, war aber an der Dura adhärent; die umgebende Gehirnmasse war z. Th. gelatinös und hämorrhagisch.

Bezüglich der Beschreibung des makroskopischen Befundes muss auf das Original verwiesen werden, dem farbige Abbildungen beigegeben sind. C. glaubt, dass endotheliale Sprossen von der Dura-mater, die zuerst solid, dann hohl und bluthaltig seien, den Ursprung der Geschwulst abgeben. Die Vaskularisation der Zapfen soll von einer hyalinen Umwandlung der die Gefässwand bildenden Zellen begleitet sein. Das umgebende Gewebe verfalle einer schleimigen Entartung. Erstere führe entweder zu Obliteration der neugebildeten Gefässe oder auch zu schleimiger Entartung, doch bleibe das Intimaendothel stets erhalten, ebenso die Aussenschichten der Gefässwände. Malignität könne man dieser Art Tumoren vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus nicht beimessen. R. Klien (München).

408. **1) Ueber Erythromelalgie**; von Prof. H. Senator. (Berl. klin. Wchnschr. XXIX. 45. 1892.)

2) Ein Fall von Erythromelalgie; von Prof. M. Bernhardt. (Ebenda.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

1) Senator's Kranker zeigte als Characteristicum Schmerzhaftigkeit und Röthung an den distalen Gliederenden. Ein 44jähr., bis dahin gesunder Postschaffner war plötzlich mit neuralgischen Schmerzen in den Armen, dann in den Füssen erkrankt und hatte dann Röthung der Haut an Händen und Füssen bekommen, die fast genau symmetrisch auftrat. Die Schmerzen hörten allmählich auf, während die Röthung in wechselnder Stärke bestehen blieb und namentlich während zweier Sommer stärker auftrat, zugleich mit stärkerer Turgescenz der Hände.

Auf den gerötheten Stellen über einzelnen Fingergelenken zeigten sich im Verlauf der Affektion röthliche Knötchen, die kamen und gingen.

2) Die Röthung im Falle Bernhardt's betraf stärker die Beugeseite, aber auch die Rückseite der Hände und Finger. Zeitweise nahmen Schwellung und Schmerzhaftigkeit bedeutend zu. Kälte wurde nicht gut ertragen. Deutliche Sensibilitätstörungen bestanden nicht. In der letzten Zeit trat angeblich Besserung ein.

Hammer (Stuttgart).

V. Innere Medicin.

409. **Ueber eine lebensgefährliche Frühcomplikation der Rachendiphtherie**; von Dr. Aufrecht. (Therap. Monatsh. VIII. 3. 1894.)

A. ist der Ueberzeugung, dass in einem Theile der nicht so gar seltenen Todesfälle bei Diphtherie (mit oder ohne Scharlach) innerhalb der ersten drei Tage die Ursache in einer äusserst heftigen parenchymatösen Nephritis zu suchen ist, und dass wir bei richtigem Erkennen der Sachlage durchaus nicht ganz machtlos sind. Sind die Kinder (oft handelt es sich um ältere Kinder) benommen, unruhig und haben einen hohen Puls, so untersuche man sofort den Harn. Findet man Eiweiss, so lässt man reichlich ein alkalisch-salinisches Wasser (Wildunger Helenen-Quelle) trinken; dadurch werden die Cylinder, die in grosser Masse die Henle'schen schleifenförmigen Kanälchen verstopfen, herausgespült, es tritt eine stärkere Harnentleerung und damit, wie A. in einem Falle beobachten konnte, eine schnelle Besserung des Allgemeinbefindens ein.

Dippe.

410. **Diphtherie and other membranous affections of the throat**; by Francis H. Williams, Boston. (Amer. Journ. of med. Sc. CVI. 5. p. 519. Nov. 1893.)

W. bringt ein reiches casuistisches Material bei, welches den Werth der Culturen zur frühzeitigen Diagnose der Diphtherie erkennen lässt und welches auf das häufige gleichzeitige Vorkommen von Diphtherie bei anderen Krankheiten, besonders bei Scharlach, Typhus und Masern, hinweist. Nothwendig ist auch nach Ansicht W.'s die bakteriologische Untersuchung des Halses aller Diphtherie-Kranken nach Ablauf der Behandlung, bevor der Kranke wieder mit Gesunden zusammenkommt. Er empfiehlt gegen Diphtherie als keimtödtendes Mittel Wasserstoffsuperoxyd in Lösungen von $7^1/_2$ Volumprocent und hält eine möglichst frühzeitige örtliche Behandlung für sehr wünschenswerth.

Goldschmidt (Nürnberg).

411. **Ueber Gewinnung und Verwendung des Diphtherieheilserums**; von P. Ehrlich, H. Kossel und A. Wassermann. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 16. 1894.)

Vff. benutzen zur Gewinnung des Heilserum Ziegen, da diese sehr empfänglich für Diphtherie, sonst aber widerstandsfähig sind und da sie Milch in grösseren Mengen spenden, welche ihrerseits den Schutzkörper auch enthält.

Die Immunisirung der Versuchsthiere geschieht derart, dass zunächst steigende Mengen abgetödteter Diphtherieculturen einverleibt werden. Nachdem auf diese Weise die „Grundimmunität" erlangt worden ist, wird sie durch steigende Mengen sehr virulenter lebender Culturen von Diphtheriebacillen erhöht. Um den Grad der erreichten Immunität zu bestimmen, werden von einem vorräthig gehaltenen Testgifte, von welchem 0.3 auf 1000 g Körpergewicht die tödtliche Minimaldosis darstellen, 0.8 ccm (für Thiere von 200—300 g) stufenweise mit 0.4, 0.3, 0.2 u. s. w. des zu prüfenden Serum gemischt, mit physiologischer Kochsalzlösung auf das Volumen von 4 ccm gebracht und Meerschweinchen eingespritzt. Am nächsten Tage lässt sich aus den örtlichen Veränderungen und aus dem Körpergewichte der Versuchsthiere ein Urtheil über die Wirksamkeit des Heilserum gewinnen. Den Werth einer Immunisirungseinheit (I.-E.) oder von einfachem Normalantitoxin besitzt ein Serum, von dem 0.1 ccm hinreichend sind, um 0.8 ccm des Testgiftes zu zerstören.

Vff. verfügen über Serum, das in 1 ccm 60 I.-E. besitzt. Sie haben nun mit sehr kräftigem Serum 200 Diphtheriekinder in Berliner Krankenhäusern behandelt. Sie injicirten anfangs nur 1mal, später öfter 130—200 I.-E. Genesung in 76.4% der Fälle. Je zeitiger die Behandlung eingeleitet wurde, um so grösser waren die Erfolge. Von den am 1. Tage zur Behandlung Gelangten genasen 100%, von den am 5. Tage Aufgenommenen nur 56.5%. Von 72 an den ersten beiden Tagen eingelieferten Kindern starben 2, von 72 ohne Serum behandelten Kranken nach einer sich über 7 Jahre erstreckenden Statistik 25. Vff. hoffen in späteren Versuchsreihen die Todesfälle an Herzschwäche, sowie die Nierenentzündungen und Lähmungen durch öfter wiederholte Injektionen noch weiter herabzumindern. Sie empfehlen für leichte Fälle 200, für schwere Fälle 400 I.-E. als Anfangsdosis. Die Gesammtmengen können je nach der Schwere der Fälle 500—1500 I.-E. betragen.

Brückner (Dresden).

412. **Ueber die Heilwirkung des Antidiphtherin (Klebs)**; von Dr. J. Zappert. (Wien. med. Wchnschr. XL. 13. 14. 15. 1894.)

Z. hat im Carolinen-Kinderspital zu Wien 15 Diphtheriekranke mit Antidiphtherin-Klebs in doppelter Concentration lokal behandelt. Ausgeschlossen wurden Kranke mit Kehlkopfstenose, beginnender Sepsis und Herzschwäche. Die Diagnose wurde durch Anfertigung von Deckglas-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

präparaten gesichert. Von den 15 behandelten Kindern wurden 11 geheilt, 4 starben. Die Todesursache waren Croup, Sepsis, Albuminurie, Herzschwäche. Das Klebs'sche Mittel war also nicht im Stande, diese so häufigen, zum Tode führenden Complikationen zu verhüten. Damit verliert es für den Praktiker den erhofften Werth. Zur Nachprüfung wurden von Z. 10 Diphtheriekinder ohne Auswahl in mehr exspektativer Weise behandelt. Eine Vergleichung der beiden Gruppen ergiebt, dass das Antidiphtherin weder Complikationen zu verhüten, noch den Krankheitsverlauf zu beeinflussen vermag. Brückner (Dresden).

413. **On the severer forms of scarlet fever with special reference to antipyretic methods of treatment**; by John H. Carslow. (Glasgow med. Journ. XLI. 1 u. 2. 1894.)

C. hat 630 Scharlachkranke behandelt, und zwar zum grössten Theil exspektativ. Für die Fälle von Scarlatina gravis (schwere primäre Infektion ohne Complikationen) und für die Fälle von sekundärer Infektion („anginous cases") redet er einer vorsichtigen, schonenden Fieberbehandlung das Wort. Er verwirft im Anfange die schweisstreibenden Methoden, besonders die Verabreichung von Pilocarpin, die Anwendung von inneren Mitteln, welche die Temperatur herabsetzen, sowie das kühle Bad, weil er den dabei leicht eintretenden Collaps fürchtet. Für einfachen und mittelschweren Scharlach, sowie für Scharlachangina empfiehlt er Waschungen mit lauwarmem Wasser. Ist der Ausschlag nur wenig entwickelt oder sind schwere nervöse Symptome vorhanden, so setzt er dem Waschwasser Senfmehl zu. Bei Hyperpyrexie unter starker Betheiligung des Nervensystems tritt die kalte Einpackung in ihre Rechte. In besonders schweren Fällen kommt dazu noch die lokale Anwendung der Kälte am Kopf (Abscheeren der Haare, Eisbeutel). Zur Erläuterung seiner Behandlung theilt C. 13 Krankengeschichten mit. Brückner (Dresden).

414. **Epidémie d'oreillons, considérations générales sur la prophylaxie et le traitement**; par A. Martin. (Revue de Méd. XIV. 3. p. 201. 1894.)

M. beobachtete in einer kleinen französischen Garnison eine Epidemie von Mumps in der Zeit vom December 1891 bis zum März 1892. Es erkrankten im Ganzen 48 Soldaten unter den bekannten Erscheinungen. Bei 9 Patienten (18%) stellte sich Hodenentzündung ein. Von sonstigen Complikationen kamen vor Nasenbluten (4mal), Uebelkeit (2mal), Durchfall (1mal), Otitis externa (1mal). Die Behandlung bestand in Gurgelungen mit Borwasser, in der Verabreichung von Antipyrin, das die Schmerzen besser stillte, als salicylsaures Natron. Gegen die Hodenentzündung wurden Einspritzungen von Pilocarpin (0.01 einen Tag um den anderen) verordnet. Bei drohender Atrophie bewährten sich Roborantien, Nux vomica. Die Krankheitsdauer betrug im Durchschnitt 15 Tage. Die prophylaktischen Maassregeln bestanden in der Isolirung der Erkrankten, in der Verabreichung von Gurgelwässern an Verdächtige, in der Desinfektion der Gebrauchsgegenstände, der Zimmer und der Entleerungen. Vor der Entlassung wurde jedem Genesenen ein Sublimatbad verabreicht. Brückner (Dresden).

415. **1) Weitere Mittheilungen über die Weil'sche Krankheit**; von Dr. A. Fiedler. (Deutsches Arch. f. klin. Med. L. p. 232. 1892.)

2) Die Aetiologie des infektiösen fieberhaften Ikterus (Weil'sche Krankheit). *Ein Beitrag zur Kenntniss septischer Erkrankungen und der Pathogenität der Proteus-Arten*; von Dr. H. Jäger. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XII. 4. p. 525. 1892.)

1) Im Anschluss an 7 Fälle von Weil'scher Krankheit (F. will diesen Namen bis auf Weiteres beibehalten, da von den vorgeschlagenen Benennungen keine ganz einwandfrei ist) unterzieht Fiedler die neuen Veröffentlichungen über diesen Gegenstand einer eingehenden Besprechung. Seine Schlusssätze sind folgende:

„1) Die Weil'sche Krankheit ist eine akute Infektions-, resp. Intoxikationskrankheit. 2) Sie ist wahrscheinlich (ätiologisch, symptomatisch und anatomisch) identisch mit dem zuerst von Griesinger 1852 in Kairo beobachteten und noch jetzt in Alexandrien, Smyrna u. s. w. vorkommenden und neuerdings von Kartulis und Diamantopulos beschriebenen biliösen Typhoid (Typhus biliosus), einer Krankheit, welche mit der Febris recurrens *nichts* gemein hat. 3) Es handelt sich nicht um einen Collektivbegriff, sondern um eine wohlcharakterisirte, specifische Krankheit, einen Morbus sui generis, streng unterschieden vom Typhus abdominalis, der Septikämie, dem Icterus catarrhalis u. s. w. 4) Das krankmachende Agens (chemische Substanz oder Mikroorganismus) ist noch unbekannt; seine Brutstätte ist in faulenden organischen Substanzen zu suchen. 5) Die Krankheit befällt hauptsächlich das männliche Geschlecht in den Blütejahren, sehr selten Frauen und Kinder; sie kommt vorzugsweise in der heissen Jahreszeit vor. 6) Ohne Prodrome ganz plötzlicher Beginn, meist von Schüttelfrost eingeleitet, mit heftigem Fieber, Kopfschmerz, Gehirncongestionen, schweren gastrischen und Allgemeinerscheinungen. Sehr bald, in der Regel am 2. Krankheitstage, heftige Muskelschmerzen, besonders in den Waden, die oft Wochen lang anhalten. 7) Am 3. bis 7. Tage Ikterus in Folge von Gallenstauung; häufig, und meist entsprechend der Intensität des Ikterus, mit Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Leber. 8) Fieberdauer gewöhnlich 8—12 Tage, typischer Verlauf, staffelförmiger Abfall. In etwa $^2/_3$ der Fälle 5—8 Tage nach Eintritt der Apyrexie eine zweite Temperatursteigerung, meist von geringer Dauer und Intensität. 9) Puls anfangs frequent, auf der Höhe des Ikterus subnormal, selten aussetzend, häufig dikrot. 10) Nephritis (Albuminurie) fast regelmässig (zuweilen Nephritis haemorrhagica); Urin eine Zeit lang gallenfarbstoffhaltig, an Menge anfangs vermindert. 11) Milzschwellung

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

ist in der grössten Mehrzahl der Fälle besonders im Beginn nachweisbar; häufig erreicht die Milz eine beträchtliche Grösse. 12) u. 13) Herpes und Erytheme sind gewöhnliche Vorkommnisse; Epistaxis und andere Schleimhautblutungen sehr häufig, in den schweren Fällen subcutane und submucöse Ekchymosen. 14) Katarrhe der Luftwege sind äusserst selten; Pneumonie und Pleuritis wurde nur einige Male beobachtet. 15) Prognose in unseren Klimaten verhältnissmässig günstig, Reconvalescenz protrahirt."

Von den 7 Fällen verlief einer tödtlich. Bei der Sektion (Prof. Neelsen) fand sich ausser trüber Schwellung der parenchymatösen Organe eine ganz eigenartige interstitielle Nephritis. Die *bakteriologische* Untersuchung wies in den 4 Tage vor dem Tode entnommenen Blutproben (Blutserum und Peptonagar) einen bisher nicht beschriebenen Bacillus nach, der auch in verschiedenen Organen der Leiche neben Fäulnissbakterien gefunden wurde. Die mit demselben angestellten Impfungen auf Thiere hatten im Wesentlichen ein negatives Ergebniss. Ob er der Krankheitserreger ist, muss dahingestellt bleiben.

2) Jäger beobachtete in den Jahren 1890 und 1891 in der Garnison Ulm 10 Fälle von Weil'scher Krankheit mit 3 Todesfällen. Die wesentlichsten pathologischen Veränderungen waren übereinstimmend Ikterus, blasse, fettig infiltrirte, bez. degenerirte Leber, Verwischung des acinösen Baues und kleinzellige Infiltrationen im Gewebe; Verfettung und trübe Schwellung der Nierenepithelien mit kleinzelligen Infiltrationen; grössere und kleinere Hämorrhagien in verschiedenen Organen; Milzschwellung. In einem Falle waren ähnliche Veränderungen auch im Darm nachzuweisen, niemals jedoch Erscheinungen, wie sie dem Typhus abdominalis zukommen. Das Krankheitsbild steht dem des gelben Fiebers und der akuten gelben Leberatrophie am nächsten; ob es sich bei letzterer um dieselbe Krankheitsursache handelt, müssen spätere Untersuchungen lehren.

Die bakteriologische Untersuchung der Organe wurde in 2 Fällen ausgeführt. Es fand sich in den mit Carbolfuchsin gefärbten Schnitten massenhaft ein eigenartiger Bacillus, der aus den Organen ebenso, wie aus dem Harn von 4 Kranken in Reincultur gewonnen wurde und sich für Mäuse, bei denen er wieder die charakteristischen Organveränderungen hervorrief, als pathogen erwies. Culturversuche aus dem Blut der Kranken hatten keinen Erfolg. Der Bacillus kennzeichnet sich durch einen auffallenden Pleomorphismus (Kokkenformen, kurze und längere Stäbchen von äusserst wechselnder Grösse, Wechsel in dem Vermögen, die Gelatine zu verflüssigen) als eine Proteusart, die mit dem Vibrio Metschnikoff grosse Aehnlichkeit besitzt, zum Unterschied von diesem jedoch niemals in Spirillenform auftritt. J. schlägt für seinen Bacillus wegen der grünlichen Fluorescenz der Gelatinestichcultur die Bezeichnung Bacillus proteus fluorescens vor, doch ist nach seiner Ansicht nicht *eine* specifische pathogene Proteusart als Erreger der Weil'schen Krankheit zu denken, vielmehr können alle Proteusarten unter gewissen Bedingungen, zu denen in erster Linie die mehrmalige Passage durch den Thierkörper gehört, eine Erhöhung ihrer Virulenz erfahren und so schliesslich für den Menschen pathogen werden. Alle stickstoffhaltigen faulenden Substanzen, Fleisch, Fische, durch Jauche verunreinigtes Wasser u. s. w., erscheinen daher verdächtig, nicht blos Verdauungstörungen, Intoxikationen, sondern schwere septische Infektionen herbeiführen zu können.

Von den in Ulm beobachteten Fällen war die überwiegende Mehrzahl auf das Baden in einem durch inficirte Zuflüsse verunreinigten Wasser zurückzuführen. Wie eingehende Untersuchungen ergaben, erfolgte die Infektion des Flusswassers mit hochvirulenten Proteusbakterien durch eine an dem unreinen Donauzufluss, der Blau, aufgetretene Geflügelseuche. Als Erreger dieser Geflügelseuche fand sich gleichfalls eine Proteusart, welche sich von der bei Weil'scher Krankheit gefundenen nicht unterscheiden liess und zur Zeit des Bestehens dieser Geflügelseuche in dem betreffenden Wasserlaufe nachgewiesen werden konnte.

Roether (Offenbach a. M.).

416. **Ueber Cyanose**; von Dr. E. Neusser. (Wien. klin. Wchnschr. VI. 26—30. 1893.)

N. geht der Reihe nach alle Zustände durch, in denen Cyanose auftreten kann. Ueber einen Theil der Arbeit ist bereits früher (vgl. Jahrbb. CCXLI. p. 67) berichtet worden. Es können auch jetzt wieder nur die diagnostisch und prognostisch wichtigsten Punkte hervorgehoben werden.

Cyanose wird beobachtet bei Verengerungen des Rachens und Kehlkopfs durch Fremdkörper, entzündliche Schwellung, Neubildungen, Glottiskrampf, Glottislähmung, wie sie im Verlaufe verschiedener Nervenkrankheiten, in Folge von Rheumatismus, Lues, Diphtherie, Trichinose eintritt. Besteht ein Hinderniss im Larynx, so geht die Cyanose gewöhnlich mit inspiratorischer Dyspnöe einher. Geschwülste des Kehlkopfes, welche einen Ventilverschluss bilden, bedingen nicht selten exspiratorische Dyspnöe. Besondere Beachtung verdienen die sogen. wandernden, die endothorakalen Kröpfe, welche plötzliche Erstickungsanfälle mit starker Dyspnöe und Cyanose auslösen können. Cyanose bei Anschwellung der Halsvenen nach Pertussis muss den Verdacht auf Bronchialdrüsentuberkulose rege machen.

Bei chronischem Bronchialkatarrh und Bronchiektasien entwickelt sich Cyanose erst nach längerer Dauer und bei Complikation mit Herzerkrankung oder mit Emphysem. Bei der gewöhnlichen croupösen Pneumonie ist in der Regel keine starke Cyanose vorhanden. Bei subjektiver Dyspnöe und

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

bei geringem Hustenreiz kann Cyanose alter Leute den Hinweis auf eine bestehende Pneumonie bilden. Das Gleiche kann der Fall sein bei „cerebralen Pneumonien" der Kinder. Cyanose mit Ikterus wird bei septischen Pneumonien beobachtet. Starke Cyanose bei croupöser Pneumonie deutet auf Complikation mit Herzdegeneration. Abschwächung des 1. Tons ist ein Zeichen von Herzschwäche, die des 2. Tons ein präagonales Symptom, abgesehen von den Fällen, in denen schon vorher Mitralstenose vorhanden war. Dann ist aber der Puls kräftig. Bei Diabetikern kommen fieberlose Lungenentzündungen vor, auf welche das Auftreten von Cyanose hindeuten kann, um so mehr, als das Coma diabeticum ohne diese verläuft.

Cyanose ist ein häufig beobachtetes Symptom bei Lungenemphysem. Dieses kann zuweilen verdeckt werden durch Hydrothorax. Dann deutet der Mangel des inspiratorischen Abschwellens an den Halsvenen auf die Lungenerweiterung hin, welche sich oft noch bei der Untersuchung in Bauchlage nachweisen lässt.

Bei subakuter Lungentuberkulose ist die Cyanose nicht so sehr hervortretend. Starke Dyspnöe und Cyanose bei geringen bronchitischen Symptomen deuten auf den Ausbruch einer akuten Miliartuberkulose.

Cyanose kommt auch bei chronischer, afebril verlaufender Phthise vor. Sie deutet dann auf Dilatation und Hypertrophie des rechten Ventrikels hin. Der Zustand kann zur Verwechselung mit Asthma und Emphysem verleiten. Starke, plötzlich eintretende Cyanose entsteht bei Phthisikern zuweilen bei Embolien der Pulmonalarterie, bei Pneumorrhagien. Leichte Cyanose findet sich bei Diabetikern mit afebriler Phthise. Langsam wachsende pleuritische Exsudate machen nur geringfügige, schnell wachsende dagegen starke Cyanose. Grosse Exsudate können bei ruhiger Rückenlage ohne Cyanose auftreten, die sich sogleich bemerkbar macht beim Aufrichten (Knickung der Luftröhre, der V. cava, Herzschwäche u. s. w.). Bei kleinen Exsudaten tritt Cyanose dann auf, wenn Verwachsungen da sind, welche Cirkulationshindernisse abgeben. Pneumothorax führt nur dann zur Cyanose, wenn er plethorische Personen befällt. Ist bei Phthisikern der Pneumothorax mit starker Cyanose verbunden, so bildet diese ein prognostisch ungünstiges Symptom. Bei Herzkrankheiten ist Cyanose häufiger, als bei uncomplicirten Lungenkrankheiten. Am stärksten ist sie bei angeborenen Herzfehlern, die mit Stenose der Pulmonalklappe und mit Insufficienz der Tricuspidalis einhergehen. Von den erworbenen Herzfehlern sind die Erkrankungen der Mitralklappe fast stets mit Cyanose verbunden, weniger diejenigen der Aortenklappe. Cyanose tritt auf bei concentrischer Hypertrophie des linken Ventrikels allein (Vorbuchtung des Kammerseptum), namentlich aber, wenn dieselbe mit Mitralfehlern, mit Erkrankungen des respiratorischen Apparates, mit Degenerationen des Herzmuskels verbunden ist.

Die Cyanose bei Perikarditis hängt von der Menge und Wachsthumsschnelligkeit des Exsudates ab. Sie entsteht durch die Compression der Vorhöfe. Bei starken Ergüssen nehmen die Patienten dann dauernd eine vornübergebeugte Haltung an, die auch bei Kranken mit Mediastinaltumoren vorkommt. **Brückner** (Dresden).

417. **Ueber Gicht**; von Dr. L. **Vogel**. (Zeitschr. f. klin. Med. XXIV. 5 u. 6. p. 512. 1894.)

V. hat an 3 Gichtkranken der **Gerhardt**'schen Klinik *Stoffwechseluntersuchungen* angestellt und Folgendes gefunden.

Bei allen 3 Kr., die bereits über das Stadium der regulären Gicht hinaus waren und dauernd oder doch nur mit kurzen Unterbrechungen Gichterscheinungen darboten, fand sich unter Steigerung der Beschwerden eine Periode, in der trotz reichlicher Flüssigkeitzufuhr bedeutende Mengen von N im Körper zurückgehalten wurden. Nach dieser Zeit wurde die N-Ausscheidung wieder normal, bei dem einen Kranken sogar vorübergehend gesteigert. Das Ganze erinnerte lebhaft an die Vorgänge bei Nierenleiden, und da eine Schrumpfniere nicht mit vollkommener Sicherheit auszuschliessen war, so bleibt es zunächst zweifelhaft, ob diese Aufstapelung und Wiederausscheidung N-haltiger Zerfallsprodukte der Eiweisskörper wirklich eine Eigenthümlichkeit der Gicht als solcher ist.

Die Untersuchung des Kothes ergab, dass die Resorption des Fettes gut von Statten gegangen war, während ein auffallend hoher N-Gehalt eine sehr ungenügende Aufnahme der N-Substanzen anzuzeigen schien. Schien! es ist wahrscheinlicher, dass der grosse N-Gehalt des Kothes nicht Folge einer schlechten Resorption, sondern einer ungewöhnlich grossen N-Abgabe in den Darm (vermehrte Sekretion der Darmsäfte) ist. Auch hier war die Aehnlichkeit mit den Verhältnissen bei Nephritis auffallend.

Die Bestimmung der Harnsäureausscheidung ergab keine sicheren Resultate. V. möchte besonders darauf hinweisen: „wie wichtig es ist, weitere fortlaufende Untersuchungsreihen zu dieser viel besprochenen, aber selten exakt in Angriff genommenen Frage beizubringen". Man darf niemals „die an einem beliebigen Tage quantitativ bestimmte Harnsäuremenge eines Gichtikers als typisch für den betreffenden individuellen Fall betrachten", nur Untersuchungen über mehrere Tage hin können etwas beweisen.

Ueber die Mischung der N-Bestandtheile im Harn endlich stellte V. fest, „dass bei der Gicht zwar häufig in Folge von Harnstoffverminderung andere N-haltige Substanzen ein relatives Uebergewicht erhalten (Harnsäure, N-Rest-Körper, wie Kreatinin, Xanthin, Amidoverbindungen, weniger Ammoniak), dass aber von einer absoluten Mehr-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

ausscheidung desselben in Bezug auf Harnsäure nur sehr bedingt, in Bezug auf die anderen Substanzen überhaupt nicht die Rede sein kann".

Dippe.

418. **A study of Addison's disease and of the adrenals**; by Dr. W. Gilman Thompson. (Amer. Journ. of the med. Sc. CVI. 4; Oct. 1893.)

Th. hat 3 Fälle von charakteristischer, durch die Sektion bestätigter Addison'scher Krankheit beobachtet, er theilt ferner 3 weitere, in den New York and Presbyterian Hospitals während der letzten 10 Jahre beobachtete Fälle mit, sowie 40 noch nicht veröffentlichte Fälle mit Sektionen, in denen Nebennierenleiden ohne die begleitenden Symptome der Addison'schen Krankheit bestanden. Diese Fälle beweisen, dass die ursprüngliche Ansicht von dem unmittelbaren ursächlichen Zusammenhange des Nebennierenleidens mit der Addison'schen Krankheit nicht aufrecht erhalten werden kann. Hinsichtlich der Nebennierentuberkulose steht fest, dass die Nebennieren bei Weitem häufiger tuberkulösen Entzündungen, als anderen Erkrankungen ausgesetzt sind, und dass Addison'sche Krankheit bei Weitem häufiger in Verbindung mit Tuberkulose, als mit allen anderen Erkrankungen der Nebennieren zusammen vorkommt (in 80%). Oft greifen diese tuberkulösen Veränderungen auf die benachbarten sympathischen Nerven und Ganglien über; doch sind auch hier Ausnahmen zu verzeichnen. Die ursächliche Beziehung der Addison'schen Krankheit zu anderen Erkrankungen (Malaria, Carcinom, Caries, Gicht, Traumen) ist noch unsicherer, wenn auch in einzelnen Fällen eine Störung oder Reizung des Sympathicus nicht abzuleugnen ist.

Dem Alter nach sind besonders die Mannesjahre der Krankheit ausgesetzt, doch kommen auch Fälle von der frühesten Kindheit bis zum 81. Jahre vor; in 60% war das männliche Geschlecht erkrankt. Die Dauer der Krankheit beträgt durchschnittlich 2 Monate bis 1 Jahr, doch werden auch Fälle von 4—8jähr. Dauer beobachtet.

Von den Symptomen steht das wichtigste, die Bronzefärbung der Haut, in keinem direkten Zusammenhang mit den Nebennieren und es bleibt nur die Annahme eines peripherischen sympathischen Einflusses übrig, in Folge dessen die tieferen Malpighi'schen Zellen das in den Capillaren cirkulirende Pigment sich aneignen und verändern. Die anderen Symptome, besonders das fast regelmässige Erbrechen, die häufigen Durchfälle, die Leibschmerzen und besonders die Adynamie, Schwäche des Pulses u. s. w., lassen sich ungezwungen auf eine organische Störung oder funktionelle Reizung der splanchnischen Nerven beziehen. Die Experimente an Thieren haben zu keinen übereinstimmenden Ergebnissen geführt. Doch ist es bemerkenswerth, dass in 81 Fällen von Addison'scher Krankheit, in denen das sympathische Nervensystem erwähnt wird, 60mal ausgesprochene Veränderungen desselben bestanden und dass in 30 neueren Fällen diese 27mal beobachtet wurden.

Th. kommt daher zu folgenden Schlüssen: 1) Die Addison'sche Krankheit ist bedingt durch Reizung des abdominalen Sympathicus in Folge von Verletzung der Nerven, ihrer Ganglien oder von Erkrankung der Nebennieren. 2) In den meisten Fällen (80%) beginnt die Krankheit als sekundäre oder primäre Tuberkulose der Nebennieren und das sympathische Nervensystem wird in Mitleidenschaft gezogen durch Fortschreiten des Krankheitsprocesses oder durch funktionelle Störung und Reizung in Folge des innigen anatomischen Zusammenhanges der Nebennieren mit den zahlreichen in ihnen befindlichen Nerven. 3) Eine anatomische Verletzung des sympathischen Systems, welche viel häufiger ist, als man sonst annahm, ist nicht nothwendig, um den Symptomencomplex der Addison'schen Krankheit hervorzurufen; zuweilen genügen hierzu funktionelle Störungen, in Folge von Reizung, ausgehend von den Nebennieren, wie man auch bei Chorea, schwerer Hysterie und anderen Nervenkrankheiten oft keine anatomischen Verletzungen vorfindet. 4) In einer Anzahl von Fällen (nicht über 20%) sind die Nebennieren nicht tuberkulös, sondern anderweit erkrankt, und in einer noch geringeren Anzahl (12%) sind nur die sympathischen Nerven und Ganglien erkrankt. Von den 3 möglichen Erklärungen der Addison'schen Krankheit, dass sie eine Blutkrankheit sei, dass sie auf einem Nebennierengifte beruhe oder dass sie durch eine organische oder funktionelle Störung des Sympathicus bedingt sei, ist die letztere wenn nicht völlig unanfechtbar, so doch bei Weitem am wahrscheinlichsten.

H. Meissner (Leipzig).

419. **Ueber eigenartig verlaufene septikopyämische Erkrankungen nebst Bemerkungen über akute Dermatomyositis**; von A. Fraenkel. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 9. p. 193. 1894.)

Im Anschluss an die Mittheilungen von E. Wagner, Hepp und Unverricht über eine entzündliche Form der Muskelerkrankungen, welche mit Entzündungserscheinungen der Haut einhergeht und als akute Polymyositis, Pseudotrichinose und Dermatomyositis acuta bezeichnet worden war, berichtet Fr. über 3 Fälle von diffuser Muskelerkrankung, von denen der eine der von Unverricht als akute Dermatomyositis bezeichneten Krankheit glich, während die beiden anderen mehr den gewöhnlichen Formen der im Gefolge pyämischer oder septischer Infektion auftretenden Muskelentzündungen oder Eiterungen zuzuzählen sind.

1) Dermatomyositis acuta im Gefolge chronischer eitriger Mittelohrentzündung:

Eine 32jähr. Frau litt seit September 1891 an eitrigem Ausfluss aus dem linken Ohr. Am 10. März 1892 Schmerzen in den Gelenken und im linken Ohr. Am 14. März bei der Aufnahme 39.5° C., Puls 120. Am linken Fussgelenk ausgebreitete Röthung und Schwellung, welche sich bis zum mittleren Drittel des Unterschenkels er-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

streckte, auf Druck grosse Empfindlichkeit, die Gelenke waren frei. Am rechten Bein ähnliche Röthung und Schwellung der unteren Hälfte des Unterschenkels. An den Vorderarmen umschriebene geröthete und geschwollene Stellen, an denen die Haut infiltrirt, heiss und auf Druck schmerzhaft war. Milz bis zum Rippenbogenrand vergrössert; linkes Trommelfell perforirt. Am 15. März hatten die Schwellungen noch zugenommen, die Temperatur betrug 39.2 C., als Nachmittags 4 Uhr plötzlich Collaps eintrat, dem die Kr. um 6 Uhr erlag.

Die am 16. März ausgeführte *Sektion* ergab beim Einschneiden in die geschwollene Haut die Cutis und Subcutis, sowie die Gesammtmuskulatur der Extremitäten von schmutzig trüber Flüssigkeit infiltrirt und von Blutungen durchsetzt; die Muskulatur selbst erschien von schlaffer Consistenz, schmutzig grauroth, nicht brüchig; die Muskeln der Oberschenkel von normaler Consistenz und Feuchtigkeit, nur etwas dunkler gefärbt. Normale blasse Farbe zeigten die M. pectorales, intercostales, die Halsmuskeln und das Zwerchfell. Das linke Felsenbein war graugrünlich verfärbt und enthielt in den Cellulae mastoideae, im Mittelohr und inneren Ohr Eiter und graurothe Granulationen. Die mikroskopische Untersuchung der erkrankten Muskeln wies zahlreiche Streptokokken in der zwischen den Muskelbündeln befindlichen Oedemflüssigkeit nach; einzelne Muskelfasern zeigten stellenweise Verlust der Querstreifung und scholligen Zerfall; ausgedehnte Blutungen; auch im interstitiellen Bindegewebe des Zwerchfelles vereinzelte Kokkenanhäufungen. Die Haut im Bereiche der Cutis und des subcutanen Zellgewebes von Streptokokken ganz durchsetzt.

2) Multiple eitrige Myositis und Arthritis im Gefolge linkseitigen, akut entstandenen eitrigen Mittelohrkatarrhs:

Eine 43jähr. Frau bekam 14 Tage vor ihrer Aufnahme einen Anfall von Schwindel und Bewusstlosigkeit, seitdem dauernde Somnolenz. Sie machte im Krankenhaus den Abfall einer Pneumonie durch und wurde bereits nach 7 Tagen am 7. Juli 1892 nach schneller Besserung auf Wunsch entlassen. Am 17. Juli wurde sie neuerdings aufgenommen, nachdem schon am 10. Juli die Benommenheit wieder aufgetreten war, und Kopf- und rechtseitige Ohrenschmerzen, sowie Schmerzen in den Fuss- und Kniegelenken sich eingestellt hatten, und zeigte neben einer Schwellung und cyanotischen Färbung des Gesichts Schwellung und Röthung des rechten Fussgelenks, sowie der Metacarpo-phalangeal-Gelenke des rechten 2. und 3. Fingers. 2 Schüttelfröste, danach 38.8° C., Respiration 108, Puls 120. Leichte Röthung des rechten Trommelfells im unteren vorderen Quadranten pulsirender Lichtreflex. In den nächsten Tagen setzte sich die Schwellung und Röthung über die Aussenfläche des rechten Unterschenkels bis zum Knie fort, und es zeigte sich Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Muskulatur des linken Oberarms; die darüberbefindliche Haut war beträchtlich geschwollen und wie auch an den übrigen befallenen Stellen bläulich verfärbt, ähnlich wie beim Erythema nodosum. Nachdem auch die Muskeln und die Haut des linken Vorderarms ergriffen worden waren, das linke Kniegelenk, sowie die rechte Hand und das Handgelenk angeschwollen waren, entleerte sich aus dem linken Ohr übelriechender röthlich grauer Eiter; Tod im Collaps am 22. Juli.

Die *Sektion* ergab Milzvergrösserung 12 : 5 : 7½; im oberen Dünndarm strichförmige Hämorrhagien. Im linken Kniegelenk und rechten Fussgelenk reichlicher Eiter. An der Innenfläche der Dura beiderseits reichliche pachymeningitische hämorrhagische Membranen. Der linke Oberarm und rechte Unterschenkel zeigten theils mehr seröses, theils purulentes Oedem des intramuskulären Bindegewebes; im Triceps eitrige Flüssigkeit, ebenso waren im rechten M. peroneus die Muskelfasern gequollen brüchig. Im Mittelohr des durchsägten linken Felsenbeins geringe Mengen dünnen Eiters. Ausstrichpräparate der Oedemflüssigkeit der befallenen Muskulatur, wie des Eiters der Gelenke lieferten zahlreiche Streptokokkenculturen. Die mikroskopische Untersuchung ergab spärliche Kokken zwischen den Muskelfasern, im Triceps deutliche Kernvermehrung der Muskelfasern, nur an einigen Fibrillen war die Querstreifung erkennbar; in den Gefässen des Zwerchfells verhältnissmässig reichliche Kokkenansammlungen, Muskulatur selbst normal.

3) Eiterige Strumitis mit nachfolgenden multiplen Muskelabscessen in beiden Oberextremitätenmuskeln und Eiteransammlung im linken Schultergelenk:

Eine 25jähr. Frau erkrankte vor 4 Wochen mit Schmerzen in den Armen, welche etwas angeschwollen waren; seit dem 18. Jahre kropfartige Anschwellung des Halses, welche in den letzten 14 Tagen zunahm. Am 26. Sept. 1893 Schüttelfrost, Husten und schweres Athmen. Bei der Aufnahme am 27. Sept. Temperatur 39°, Puls 125. Pneumonie beider Unterlappen; Milz vergrössert; 2faustgrosse Struma. Beide Ellenbogen und das linke Handgelenk waren äusserst schmerzhaft, die Muskeln schienen ebenfalls zu schmerzen. Am 28. Sept. trat auf dem rechten Handrücken eine Geschwulst auf, sowie vom rechten Ellenbogen ausgehend über beide Arme eine sehr schmerzhafte Röthung und Schwellung. Die Punktion der fluctuirenden Geschwulst am Handrücken ergab dicken Eiter, welcher massenhaft Streptokokken enthielt. Unter den Erscheinungen des Lungenödems Tod am 29. September.

Die *Sektion* ergab Eiteransammlung im linken Schultergelenke; in der Tiefe der Armmuskulatur zahlreiche Muskelabscesse; im linken M. sternocleido-mastoideus Eiter; der Isthmus des rechten Lappens der Schilddrüse war in eine grosse Cyste verwandelt mit chokoladefarbigem Inhalt, dem Eiterflocken beigemengt waren. Die bakteriologische Untersuchung ergab Streptokokken in den pneumonischen Herden der Lunge, in der Struma, in den Muskelabscessen. Eine mit Punktionseiter inficirte Maus starb nach 24 Std., im Herzblut fanden sich Streptokokken. Mikroskopisch wurden Streptokokken nachgewiesen in der Haut des rechten Ellenbogens, in der Armmuskulatur, den Intercostalmuskeln, dem Zwerchfell.

Der erste geschilderte Fall schliesst sich eng an den von Unverricht als Dermatomyositis acuta beschriebenen an; aber er ist gleich wie die beiden anderen Fälle als eine nur äusserlich verschiedene Form septischer durch Streptokokkeneinwanderung verursachter Infektion aufzufassen. Vermuthlich ist die Mehrzahl der als Dermatomyositis beschriebenen Krankheitsfälle, ihrer Entstehung nach den bakteriellen Infektionskrankheiten zuzuzählen. Die Menge der in die Muskeln eingedrungenen Bakterien kann unter Umständen eine ausserordentlich geringe sein; es liegt alsdann die Annahme nahe, dass die Entzündung wesentlich durch toxische Produkte der Bakterien erzeugt sei.

In ähnlicher Weise gesellen sich die infektiösen Erytheme zu den verschiedensten Infektionskrankheiten, namentlich zu Eiterungsprocessen; einmal finden sich alsdann in der Haut keine Bakterien, in anderen Fällen sind die Gefässe vollgestopft mit Streptokokken. Es können also Entzündungen der Haut, über deren infektiöse Natur keinerlei Zweifel besteht, das eine Mal auf vorwiegend toxische Weise, das andere Mal durch direkte Verschleppung von Bakterien in die Haut entstehen.

Für eine Anzahl dieser Infektionen sind als wahrscheinliche Eingangspforte erkrankte Hals- und Rachenorgane zu betrachten; die geschilderten

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Fälle zeigen, dass auch von einer einfachen Otitis media aus sich Sepsis entwickeln kann.

Wermann (Dresden).

420. **Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus acutus**; von Dr. L. Bleibtreu. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 28. 29. 1893.)

20jähr., früher gesundes, erblich nicht belastetes Mädchen. Am 31. Mai rothe Flecke am Körper, aus denen nach 24 Std. Blasen wurden. Status: Im Gesicht in der Umgebung des Mundes und unter den Augenbrauen linsengrosse, mit gelber Flüssigkeit gefüllte Bläschen. An einzelnen Stellen hämorrhagische Borken. Gleiche Bläschen auf der Schleimhaut des Mundes, am Nacken, Rücken, an den Füssen. Geringes Fieber, Juckreiz. Vom 7. Juni an täglich neue Schübe von Bläschen, symmetrisch auf beide Körperhälften vertheilt. Die Blasen confluirten zum Theil und platzten, sodass grosse Körperstellen von Epidermis entblösst wurden, z. B. Gesäss und Rücken. Im Urin traten Eiweiss und Cylinder auf. Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Durchfall, Frösteln, remittirendes Fieber. Am 27. Juni plötzlicher Tod im Collaps. *Sektion:* Ausser den beschriebenen Hautveränderungen Injektion und vereinzelte Blutungen an der Schleimhaut des Ileum, Schwellung der solitären Follikel des Dünndarms und absteigenden Dickdarms. An einer kleinen Stelle ein grauweisser, diphtherischer Belag. Die chemische Untersuchung des Blaseninhaltes ergab einen Gehalt von 0.850% Stickstoff = 5.35% Eiweiss.

Mikroskopische Untersuchung der Haut (Dr. Bücklers): Die Blasen entstanden durch Abhebung der äusseren Epidermisschichten. Das Rete Malpighi war serös durchtränkt, gequollen. Die im Bereiche der Blasen gelegene Malpighi'sche Schleimschicht war stark zerklüftet, breiter als in der Nachbarschaft, zeigte Kernwucherung. An der Peripherie der Blase Bildung einer neuen Hornschicht. In der Subcutis Anhäufung mehrkörniger, weisser Blutkörperchen. In der Blasenhöhle zahlreiche Kokken, die in den tieferen Schichten fehlten. An einer Stelle, wo sich die Blase abgestossen hatte, zeigten sich Vernarbungsvorgänge, Fibrinfäden.

Bakteriologische Untersuchung (Dr. Classen). Auf Agar: 1) Staphylococcus pyogenes aureus; 2) kreisrunde, später rosettenförmige Colonien, anfangs grau, feuchtglänzend, später gelb, matt, lackartig. Auf Gelatine keine Verflüssigung. Die Culturen bestanden aus Diplokokken, welche den von Demme beschriebenen glichen. Versuche, damit an Thieren Blasenbildung zu erzielen, schlugen fehl.

Brückner (Dresden).

421. **Purpura recurrens**; von Ravogli. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVII. 11. p. 545. 1893.)

1) Eine 22jähr. Frau bemerkte, als sie nach einem langen Krankenlager, welches sich an einen Abort angeschlossen hatte, anfing wieder aufzustehen, bräunliche Flecke an den Beinen, die nach einigen Tagen wieder verschwanden, bald aber grossen dunklen Blutergüssen unter der Haut Platz machten; während 8 Mon. traten wiederholte Rückfälle auf. Unter Darreichung von Eisen und Strychnin verschwand schliesslich das Leiden.

2) Ein 37jähr. Mann zeigte, nachdem er lange Zeit seine schwerkranke Frau mit Anspannung aller seiner Kräfte gepflegt hatte und in Folge dessen in seiner Ernährung sehr herabgekommen war, an den Unterschenkeln unter Schmerzen plötzlich auftretende Petechien, die nach einigen Tagen wieder verschwanden und im Verlaufe mehrerer Monate wiederholt zum Vorschein kamen. Genesung unter gleicher Behandlung.

R. sieht die Ursache der Purpura in den mitgetheilten Fällen in der Anämie der Kranken, welche den Durchtritt des an hämoglobinhaltigen Blutkörperchen armen Blutes durch die wenig widerstandsfähigen Gefässwände bedingte. Die Rückfälle des Leidens sind vermuthlich auf die stärkere Einwirkung der die Vasomotoren treffenden Reize zu beziehen. Da sich jede rheumatische Ursache ausschliessen liess, wurde die Darreichung der erfolglos angewandten antirheumatischen Mittel unterbrochen. Ausser der Hebung des allgemeinen Kräftezustandes wurde lokal eine alkoholische Lösung angewandt: Acid. carbol. 3.75, Menthol 0.6, Glycerin 7.5, Aq. coloniens., Alkohol ana 75.0 und eine Gummibinde angelegt. Wermann (Dresden).

VI. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

422. **Deviations of the rectum and sigmoid flexure associated with constipation, a source of error in gynecological diagnosis**; by Howard A. Kelly. (Johns Hopkins Hosp. Rep. III. 1894.)

K. macht darauf aufmerksam, dass bei gynäkologischen Untersuchungen Irrthümer leicht möglich sind durch Kothanhäufungen im oberen Mastdarm und in der Flexura sigmoidea, besonders bei Verstopfung und Vorhandensein eines langen, schlaffen Gekröses der Flexur, derart, dass diese in Nabelhöhe und darüber, andererseits aber auch tief im Becken, vor dem linken breiten Mutterband liegen kann.

Bei der Bauchuntersuchung findet man eine nicht deutlich abgegrenzte, bewegliche Geschwulst mit Einschnürungen; bei Untersuchung von der Scheide aus fühlt sich die Masse ungewöhnlich weich an. Wenn man eine solche Geschwulst hinter dem breiten Mutterband fühlt, tastet die auf dem Bauch liegende Hand häufig gleiche Massen höher oben. Stets ist die Untersuchung vom Mastdarm aus nothwendig und ferner eine weitere Untersuchung nach Blasen- und Darmentleerung.

[Noch leichter sind Irrthümer bei ausgedehnten Verwachsungen der Därme! Ref.]

Präger (Chemnitz).

423. **The examination of the female bladder and the catheterization of the ureters under direct inspection**; by Howard A. Kelly. (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. IV. 35. Nov. 1893.)

Zur Erweiterung der Harnröhre und zur Untersuchung der Blase verwendet K. einen Satz von 16 Dilatatoren und eine gleiche Anzahl Spiegel von 5—20 mm Durchmesser. Die Harnröhre wird zunächst auf 10 bis 15 mm erweitert, der Spiegel eingeführt, der Obturator entfernt und der Steiss nun stark erhöht (20—30 cm über der Tischplatte). Dann wird mit einem Steinspiegel das Licht einer beliebigen Lichtquelle in die Blase geworfen. Zur Aufsuchung der Harnleitermündungen wird der Spiegel stark gesenkt und nach rechts, bez. links gedreht. Meist ist die Mündung leicht zu finden, doch überzeugt sich K. meist erst durch Sondiren, ehe er die Katheter in die Harnleiter einführt.

Präger (Chemnitz).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

424. **Einige Worte über Verengerungen der weiblichen Urethra**; von Ludwig Kleinwächter. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 122. 1894.)

Verengerungen, namentlich starke Verengerungen, der weiblichen Urethra gehören nach Kl. zu den grossen Seltenheiten. In der überwiegenden Mehrzahl sind diese Verengerungen Folgen vorausgegangener Erkrankungen der Urethra; am häufigsten ist Gonorrhöe, seltener sind vorausgegangene syphilitische Geschwüre die Ursache. Ausserdem kommen als ätiologische Momente eine Verdickung des urethro-vaginalen Bindegewebes und schliesslich noch Verletzungen des untersten Abschnittes des Genitaltractus durch den Geburtsakt in Betracht.

Therapeutisch kommt man nach Kl. in der Regel mit der allmählichen Dilatation der Urethra zum Ziele. Die Vortheile der schnellen Dilatation ohne deren Nachtheile bietet nach Kl. die galvanische Behandlung; im Verlaufe einiger je 5 Min. dauernder Sitzungen ist die Stenose beseitigt. Ganz selten nur ist ein rasches blutiges Einschreiten nothwendig.

Kl. theilt verschiedene eigene hierhergehörige Beobachtungen mit; verursacht war die Verengerung in den einzelnen Fällen durch Gonorrhöe, Verdickung des urethro-vaginalen Bindegewebes und durch Verletzung bei der Geburt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

425. **1) Gynecological operations not involving coeliotomy**; by Howard A. Kelly. (Johns Hopkins Hosp. Rep. III. 1894.)

2) Abdominal operations performed in the gynecological department from March 5 1890 to December 17 1892; by Howard A. Kelly. (Ibid.)

3) Record of deaths occurring in the gynecological department from June 6 1890 to May 4 1892. (Ibid.)

Die 3 Arbeiten geben im Wesentlichen nur eine Uebersicht über das reiche operative und pathologische Material der Frauenabtheilung des Johns Hopkins Hospitals.

Die Operationen sind übersichtlich in Tabellen zusammengestellt. Die Zahl der kleineren Operationen, die in der Zeit vom 3. März 1890 bis 1. Jan. 1893 ausgeführt wurden, betrug 815. 3 von den operirten Frauen starben, nur eine in Folge der Operation. (Ausschälung eines Gebärmuttermyoms von der Scheide aus.) K. bekennt sich als Gegner der Lappenoperationen am Damm, bez. Scheidenausgang. Im Ganzen nahm er 213 Operationen behufs Verengung des Scheidenausganges, bez. Wiederherstellung des Dammes vor. 16 vollständige Dammrisse wurden sämmtlich geheilt, in den übrigen Fällen blieb 22mal die glatte Vereinigung aus. Häufig nimmt K. in einer Sitzung mehrere Operationen vor (1892: 75 combinirte Operationen).

An Scheidenoperationen schliesst er häufig die Entfernung von Hämorrhoidalknoten mit Schluss der Wunde durch fortlaufende Naht oder Einspritzung von Carbolglycerin in die Knoten an.

Bauchoperationen, einschliesslich der Eröffnungen der Bauchhöhle von der Scheide her, wurden vom 5. März 1890 bis 17. Dec. 1892 512 ausgeführt mit 48 Todesfällen. Anfangs hat K. sehr häufig, später fast gar nicht mehr die Bauchhöhle drainirt.

Der pathologische Befund in den unglücklich verlaufenen Fällen (soweit die Leichenöffnung gestattet wurde) ist aus der Zusammenstellung der Sektionsberichte, die in ausführlicher Weise wiedergegeben werden, ersichtlich. Präger (Chemnitz).

426. **One hundred cases of ovariotomy performed on women over seventy years of age**; by Howard A. Kelly and Mary Sherwood. (Johns Hopkins Hosp. Rep. III. 1894.)

Angeregt durch 2 Entfernungen von Eierstocksgeschwülsten bei 73-, bez. 75jähr. Greisinnen, vermochte K. durch Umfrage ausser den bisher veröffentlichten Fällen von Eierstocksoperationen bei Frauen im Alter von über 70 Jahren noch weitere 71 zusammen zu stellen, so dass die Zahl im Ganzen 100 beträgt.

Die ausführlich veröffentlichten Fälle K.'s bieten nichts vom Gewöhnlichen Abweichendes. Im Ganzen sind von den 100 Frauen an den Folgen der Operation 12 gestorben, 3 Kr. über 80 Jahre (80—82) sind genesen. Die meisten Geschwülste waren schnell gewachsen. Als Dermoidgeschwülste werden 2, Sarkom 1, Fibrom 2, Papillom 3 bezeichnet. Soweit bekannt, haben 68% der Frauen die Operation länger als 1 Jahr überlebt (bis zu 7 Jahren).

K. u. S. kommen zu dem Schlusse: 1) dass die Ovariotomie im Greisenalter keine wesentlichen Verschiedenheiten von der Operation in jüngeren Jahren aufweist; 2) dass die Sterblichkeitsziffer 12% beträgt; 3) dass die Anzeige zur Operation dieselbe ist wie sonst. Präger (Chemnitz).

427. **Die Alquié-Alexander'sche Operation zur Beseitigung des Prolapsus und der Retroflexio nach Kocher**; von Dr. Otto Lanz in Bern. (Arch. f. Gynäkol. XLIV. 2. p. 338. 1893.)

Das von Alquié 1840 ersonnene, von Alexander zuerst ausgeführte Verfahren zur Verkürzung der Ligamenta rotunda ist von Kocher in zwei Punkten geändert worden. Erstens spaltet er die vordere Wand des Leistenkanals, um das Ligament möglichst central aufsuchen und fassen zu können, zweitens zieht er das Ligament nach aussen, gegen den oberen Darmbeinstachel hin und näht es in dieser Lage fest. Er operirt also folgendermaassen.

Schnitt vom Annulus inguinalis externus zur Spina ossis ilei superior bis auf die Aponeurose des M. obliquus abd. ext., Durchtrennung dieser behufs Eröffnung des

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Leistenkanals; das Lig. rot. wird möglichst central gefasst, an seinem peripherischen Ende abgelöst und in der Richtung gegen die Spina ant. sup. ilei kräftig herausgezogen, wobei ein 3—5 cm langer Kegel des Parietalperitonaeum zum Vorschein kommt; Ligament und Peritonäalkegel werden auf der Aussenfläche der Fascia obliqui externi vom Schnittende der Fascie bis zum Darmbeinstachel durch eine fortlaufende Seidennaht festgenäht; Schluss des Leistenkanals mittels tiefer Nähte durch die hintere Wand und die Schnittränder der Fascia obliqui externi, Schluss der Hautwunde durch fortlaufende Naht.

Bei 5 Kranken, die nach Alexander, allerdings schon mit Eröffnung des Leistenkanals, operirt wurden, waren die Resultate ungenügend, bei 7 weiteren, bei denen auch der Seitenzug in Anwendung kam, entsprachen sie den Erwartungen. Die Operation ist anwendbar bei nicht fixirten Retrodeviationen und bei nicht complicirten Vorfällen. Sie hat vor den vaginalen Operationsmethoden die leichter zu handhabende Asepsis voraus, der Ventrofixatio gegenüber besitzt sie neben ihrer völligen Gefahrlosigkeit den Vorzug, dass der Uterus gegen seine Umgebung beweglich bleibt.

Brosin (Dresden).

428. **Ventrofixation und Vaginofixation**; von Prof. H. Fritsch. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 1. 1894.)

F. glaubt nicht, dass die Ventrofixation durch die Vaginofixation an Werth oder Bedeutung verloren hat; die so wesentliche Erhebung des Uterus wird am besten durch die Ventrofixation erreicht. Der vortreffliche Erfolg der Ventrofixation bei der Behandlung der Retroflexio uteri ist nach F. nicht allein auf das Organ selbst zu beziehen, sondern auch darauf, dass mit der starken Erhebung des Organs die Zerrung an den Bändern und am Pelveoperitonaeum aufhört. F. ist von der Vortrefflichkeit der Olshausen'schen Operation so sehr überzeugt, dass er ihr noch ein weiteres Gebiet eröffnen möchte, nämlich das der Prolapse. Besonders geeignet für die Ventrofixation erscheinen F. die primären Uterussenkungen mit Scheideninversion, d. h. die Fälle, in denen bei Nulliparen wegen mangelhafter Ausbildung des Bandapparates oder aus anderen unerklärlichen Gründen der Uterus sich senkt und die Scheide umstülpt. Für die Totalexstirpation würden also nach F. nur solche Prolapse übrig bleiben, bei denen im Zustande des Uterus eine Indikation für die Entfernung läge, also erhebliche Grösse, kleine, wachsende Myome, Carcinom.

Die Vaginofixation führt F. trotz theoretischer und praktischer Bedenken ebenfalls aus und schliesst sich dabei im Wesentlichen an Mackenrodt's Verfahren an. Da die Technik der Vaginofixation erst im Sommer 1893 durch Mackenrodt zu einer guten geworden ist, ist nach F. ein definitives Urtheil über die Dauererfolge dieser Operation zur Zeit noch unmöglich. Zum Schlusse hebt F. die Verdienste von Schücking, Zweifel, Mackenrodt und Dührssen hervor, welche durch eigene Versuche an der Ausbildung dieser Operation mitgearbeitet haben.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

429. **Operations for the suspension of the retroflexed uterus**; by Howard A. Kelly. (Johns Hopkins Hosp. Rep. III. 1893.)

K. hat an 45 Kranken 47mal die Lageverbesserung der rückwärts verlagerten Gebärmutter durch Eingriffe vom Bauch aus vorgenommen, und zwar 21mal in Verbindung mit anderen Operationen. 24 von den Frauen hatten noch nicht geboren.

Die Verkürzung der runden Mutterbänder, die K. 1mal nach Alexander, 6mal mit Eröffnung der Bauchhöhle ausführte, hat er wegen ihrer schlechten Erfolge ebenso verlassen wie die Befestigung der Gebärmutter nach Aufrichtung durch Annähung an die Bauchwand ohne Eröffnung der Bauchhöhle, dagegen hat er mit Erfolg 22mal die hintere Fläche der Gebärmutter nahe am Grund und 18mal die Gebärmutter-Eierstocksbänder beiderseits an die Bauchwand angeheftet. Sämmtliche Kranke genasen und niemals trat ein Rückfall auf.

Präger (Chemnitz).

430. **Du traitement du prolapsus utérin total par l'hystérectomie vaginale chez les femmes ayant dépassé la ménopause ou près de l'atteindre**; par Quénu. (Ann. de Gynécol. XLI. p. 28. Janv. 1894.)

Die bei uns ziemlich häufig angewendete Entfernung der vorgefallenen Gebärmutter von der Scheide aus ist in Frankreich erst in neuester Zeit (seit 1886) in Aufnahme gekommen. Mit den 6 Fällen Q.'s sind bisher 11 Kranke nach diesem Verfahren operirt worden.

Als Bedingungen für die Operation stellt Q. auf, dass sie nur bei Frauen nach oder mindestens kurz vor Aufhören der Regel ausgeführt werden darf, ferner, dass kein Zweifel darüber bestehen darf, dass sich durch andere erhaltende Methoden der Stützapparat nicht wiederherstellen lässt, weiter, dass es sich um Frauen handelt, die ein thätiges Leben führen müssen, oder dass neben dem Vorfall eine Erkrankung der Anhänge oder der Gebärmutter (hypertrophische Metritis, Neubildungen) besteht.

Die ausgedehnten Ausschneidungen von Scheidenlappen nach Asch hält Q. für unnöthig; er räth, sich, wenn nöthig, mit einer Anfrischung und Naht der vordern Scheidenwand und einer Dammbildung nach Tait zu begnügen; den grössten Werth legt er darauf, die Stümpfe der breiten Mutterbänder an der Scheide zu befestigen, und verwirft deshalb vollständig die Anwendung von Klemmen bei der Entfernung der vorgefallenen Gebärmutter. Nachdem er vorn und hinten das Bauchfell durchschnitten hat, bindet er beiderseits die breiten Mutterbänder ab, verknüpft die beiderseitigen Fäden, so dass die Stümpfe in der Mitte an einander gebracht werden, vernäht dann das Bauchfell, näht die Stümpfe an der Scheide fest, indem er die letztere mit Catgut schliesst. Auf diese Weise hat er es erzielt, dass die Scheide durch die Schrumpfung der Bauchfellfalten stark nach oben gezogen wurde. Die Erfolge in den 5 Fällen waren gut,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

nur muss bemerkt werden, dass von Dauererfolgen nicht geredet werden kann, da die erste Kranke erst vor 1 Jahre operirt wurde, die übrigen vor 10, 8, 5 und 2 Monaten.

In einer 2. Mittheilung (L'hystérectomie vaginale dans la chûte de l'utérus; Ann. de Gynécol. Févr. 1894. p. 93) theilt Q. mit, dass nunmehr im Ganzen 58 Fälle von Entfernung der vorgefallenen Gebärmutter von der Scheide aus durch französische Operateure bekannt geworden sind.

Präger (Chemnitz).

431. **Prolapsus uteri without vesical diverticulum and with anterior enterocele**; by Howard A. Kelly. (Johns Hopkins Hosp. Rep. III. 1894.)

Bei einer 32jähr. Frau, die 3mal geboren hatte, fand K. einen Gebärmuttervorfall mit vollständigem Vorfall der vorderen, theilweise der hinteren Scheidenwand. In den Ausstülpungen der Scheide fanden sich vorn und hinten Darmschlingen, die sich leicht zurückbringen liessen; dagegen befand sich, wie sich durch Katheteruntersuchung feststellen liess, kein Theil der Blase im Vorfall. Das Vorkommen eines Darmbruches vor der Gebärmutter wie in diesem Falle ist noch seltener als die einfache Loslösung der Blase aus ihrer Verbindung mit der Gebärmutter, die öfters beobachtet wurde (Hueffel, Froriep, v. Franqué) und die der Ausbildung eines vorderen Darmbruches vorausgehen muss. K. erklärt die Loslösung der Blase, die auch am Schambeine befestigt ist, durch ihr Bestreben, eine kugelige Form anzunehmen.

Präger (Chemnitz).

432. **Ueber die Indikationen, die Technik und die Erfolge der Adnexoperationen**; von Prof. Schauta in Wien. (Deutsche med. Wochenschr. XX. 5. 1894.)

S. hatte unter 6314 gynäkologischen Kranken 1130 Fälle von Adnexerkrankungen, also 17.8%. Die Indikation zur Operation ist nach S. gegeben bei Zusammentreffen schwerer Erscheinungen mit gewissen anatomischen Veränderungen, von denen erfahrungsgemäss anzunehmen ist, dass bei ihnen eine dauernde Rückbildung zur Norm ausgeschlossen ist.

Bei Besprechung der Technik der Adnexoperationen unterscheidet S. drei Gruppen: Die *erste* Gruppe umfasst die Fälle, in denen keine Eitersackbildung stattgefunden hat und das Austreten von Eiter demnach nicht zu befürchten ist. Die Operation wird in diesen einfachen Fällen in bekannter Weise bei Beckenhochlagerung ausgeführt. Grundsätzlich werden die Adnexa zuerst aus ihren Adhäsionen gelöst, das Ligamentum latum wird erst vollständig entfaltet und dann erst zur Unterbindung des Ligaments durch fortlaufende Theilligaturen geschritten.

Die *zweite* Gruppe bilden die grossen, den Bauchdecken oder dem Scheidengewölbe dicht anliegenden Eitersäcke. S. hat die Erfahrung gemacht, dass gerade die grössten Eitersäcke diejenigen sind, welche pathogene Organismen enthalten, dass gerade bei diesen sehr feste Verwachsungen bestehen, welche es nicht unmöglich machen, den Sack beim Versuche der Radikaloperation uneröffnet zu entwickeln, und dass beim Platzen solcher grossen Eitersäcke der Eiter sich stromweise und in solcher Menge ergiesst, dass es auch bei der allergrössten Raschheit nicht gelingt, ihn von den Darmschlingen fern zu halten. Aus diesen Gründen beginnt S. die Operation so, als wollte er ein conservatives Verfahren einschlagen, bis durch die sofort auszuführende bakteriologische Untersuchung des Eiters dessen Natur erwiesen ist. Je nach dem Resultate dieser Untersuchung wird dann das conservirende Verfahren beibehalten oder sofort die vollständige Exstirpation des Sackes angeschlossen.

Die *dritte* Gruppe umfasst die Fälle, welche anatomisch die Mitte zwischen den beiden ersten Gruppen halten; es sind dies Eitersäcke mittlerer Grösse, von Ei- bis Orangengrösse, die weder der Scheide, noch der Bauchwand anliegen. In diesen Fällen ist die typische Entfernung des Sacks mit Lösung der Adhäsionen und Ligatur des Stiels anzustreben, ähnlich wie in den Fällen der ersten Kategorie, doch mit der Vorsicht, den Sack wo möglich nicht zu eröffnen. Ist trotzdem streptokokken- oder staphylokokkenhaltiger Eiter mit dem Operationsfeld in Berührung gekommen, so wird mittels eines Jodoformgazetampons nach Mikulicz durch die Bauchdecken nach aussen drainirt.

Von 216 in der Zeit vom 3. Febr. 1887 bis 15. April 1893 von S. operirten Frauen sind 13 gestorben, also 6%. Was die Dauerresultate der Operationen anlangt, so konnte über den weiteren Verlauf vorläufig nur von 121 Pat. etwas in Erfahrung gebracht werden; von diesen fühlten sich 100 vollkommen wohl. Nach den von S. festgestellten Zahlen würden durch die Operation 82.6% der Frauen dauernd geheilt worden sein.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

433. **Ueber operative Behandlung chronisch-entzündlicher Gebärmutteranhänge**; von Dr. Arendt. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 10. 11. 1894.)

A. hat 27mal wegen chronisch-entzündlicher Adnexerkrankung operirt; das Alter der Kranken schwankte zwischen 23 und 45 Jahren, sie waren sämmtlich bis auf eine verheirathet. Von diesen 27 Frauen bestand bei 14 gleichzeitig Retroflexio uteri fixata, bei 11 handelte es sich um die Folgen puerperaler Infektion, oftmals hatte sich dabei die Erkrankung an einen Abort angeschlossen. Bei 5 konnte A. lange Zeit vor der Operation mit Sicherheit akute Gonorrhöe feststellen.

Für die Feststellung der Diagnose ist der Hauptwerth auf sorgfältige Palpation zu legen; besonders wichtig ist neben der vaginalen Untersuchung die Untersuchung vom Mastdarm aus.

Bezüglich der Therapie ist nach A. daran festzuhalten, dass alle akuten entzündlichen Adnexerkrankungen, insbesondere eine frische Pyosalpinx, im Allgemeinen ein Noli me tangere sein sollen. Zum operativen Eingreifen kann man sich auch

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

ohne drängende subjektive Beschwerden in solchen Fällen veranlasst sehen, in welchen Tubensäcke von ziemlich grossem Umfange vorhanden sind und die Gefahr des Berstens droht. A. hat sich in seinen Fällen öfter zum operativen Vorgehen entschlossen, da es sich sehr häufig um fixirte Retroflexionen handelte; er operirte dann nicht blos, um den Tumor zu entfernen, sondern gleichzeitig, um den fixirten Uterus zu lösen und durch Ventrofixation in eine gute Lage zu bringen.

Sämmtliche 27 Laparotomien wurden in Beckenhochlagerung ausgeführt. Die Bauchwunde wurde so klein als möglich gemacht, meist genügte ein Einschnitt von 7—9 cm. Nach Eröffnung des Peritonaeum ging A. sofort mit der linken Hand zur Orientirung in die Bauchhöhle ein. Bei der Lösung und Zerreissung der Stränge ist die Blutung oft ausserordentlich stark; gewöhnlich steht sie aber auf Druck.

Nach der Blutstillung breitet A. die Ligg. lata aus und bestimmt dann erst nach genauer Besichtigung das weitere Vorgehen. Entweder lässt er die gelösten Adnexe in Ruhe und macht (bei etwa vorhandener Retroflexio) die Ventrofixation des Uterus, oder er entfernt die Adnexe ein- oder doppelseitig und macht dann erst die eventuell indicirte Ventrofixation. A. hat die Erfahrung gemacht, dass ohne Ventrofixation selbst nach doppelseitiger Exstirpation der Adnexe die Beschwerden der Retroflexio uteri ausserordentlich lange anhalten. Zum Zurücklassen der erkrankten Adnexe konnte sich A. nur in folgenden Fällen entschliessen: erstens, wenn der Inhalt der Tube kein eiteriger war, zweitens, wenn der Tumor nicht sehr gross, und drittens, wenn er ziemlich unverletzt aus den Verwachsungen ausgeschält war.

A. hat von den 27 Kr., welche er wegen chronischer Entzündung der Adnexe laparotomirt hat, keine einzige verloren; 25 Fälle verliefen ganz fieberlos. Zur Beurtheilung der streng gestellten Indikation zur Operation fügt A. bei, dass diese 27 Operationen sich auf ca. 250 Frauen mit Adnexerkrankungen vertheilen. Er ist der Ansicht, dass sich die Dauererfolge der Operation weit günstiger, als die Primärerfolge herausstellen werden, da sich nicht erwarten lässt, dass Jahre lang sieche und von Schmerzen geplagte Frauen sofort nach Verlassen des Krankenhauses sich wohl und gesund fühlen. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

434. **Ueber die operative Behandlung der Salpingo-Oophoritis**; von Dr. Robert Asch. (Deutsche med. Wchnschr. XIX. 40. 42. 1893.)

Auf Grund eingehender Betrachtungen kommt A. zu dem Schluss, dass die operative Behandlung der Salpingo-Oophoritis, wenn sie durch das Fehlschlagen aller anderen Methoden, sowie durch die von A. genauer gekennzeichneten Begleitumstände überhaupt bedingt ist, eine Heilung des qualvollen und gefährlichen Zustandes nur erzielen kann, indem sie sich bestrebt, die nutzlosen und irreparabel erkrankten Organe vollständig zu entfernen. Während die undurchgängige Tube ihren Funktionen nie wieder genügen kann, sei es, dass ihr Lumen einfach aufgehört hat, zu existiren, sei es, dass sie nach Verschluss des abdominalen Endes zur Hydro- oder bei noch fortdauerndem Process zur Pyosalpinx geworden ist, ruft die fortdauernde Funktion des Ovarium stets neue Beschwerden und Gefahren hervor. Die Entfernung dieser nutzlos gewordenen Organe macht es möglich, die Verwachsungen zu lösen, dem immer von Neuem aufflackernden Process Einhalt zu thun und eventuell den dislocirten Uterus in normaler Lage zu fixiren.

Im akuten Stadium der Erkrankung ist nach A. eine Radikalbehandlung nicht am Platze, eben so wenig zur Zeit eingetretener frischer Recidive; am besten operirt man in den Zwischenstadien. Die gemeinsame Schwierigkeit aller Adnexoperationen ist die Lage des Operationsfeldes im Becken und die durch die Verzerrungen und Verwachsungen, durch den Verlust der normalen Oberfläche und der gewohnten Gestalt der Organe erschwerte Orientirungsmöglichkeit. Besonders empfehlenswerth ist deshalb auch nach A.'s Erfahrungen die Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung.

A. hält es zwar für das Ideal der Radikaloperation bei doppelseitiger Salpingo-Oophoritis, Adnexa und Uterus zusammen zu entfernen, wird aber trotzdem bei der immerhin meist längere Zeit in Anspruch nehmenden Salpingo-Oophorektomie die gleichzeitige Entfernung des Uterus vom Abdomen aus wegen der gesteigerten Gefahr und der Verlängerung der Operationsdauer vorläufig noch vermeiden oder auf leichte Fälle beschränken und in den meisten Fällen abwarten, ob später die relativ ungefährliche Vaginalexstirpation sich als nöthig erweist. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

435. **The employment of an artificial retroposition of the uterus in covering extensive denuded areas about the pelvic floor**; by Howard A. Kelly. (Johns Hopkins Hosp. Rep. III. 1894.)

In Fällen, in denen bei der Entfernung stark verwachsener Eierstocks- oder Eileitergeschwülste an der hinteren Beckenwand oder der hinteren Wand der Gebärmutter, bez. der breiten Mutterbänder grosse, vom Bauchfell entblösste Flächen zurückbleiben, lagert K., um neue Darm- und Netzverwachsungen zu vermeiden, die Gebärmutter nach rückwärts, um so die wunden Flächen auszuschalten. Bisweilen genügt die einfache Lagerung nach hinten, in anderen Fällen hat K. die Gebärmutter an der vorderen Mastdarmwand angenäht. Dies Verfahren wandte K. in 6 Fällen an, darunter 2mal bei Mastdarmverletzung (1mal Eröffnung des Mastdarmrohrs). Alle Kranken genasen; nur in 2 Fällen wurde Drainage angewandt.

Auch später wurden Nachtheile irgend welcher Art (Schmerzen, Verstopfung u. s. w.) nicht bemerkt.

Präger (Chemnitz).

436. **Die Unterbrechung der Schwangerschaft bei chronischen Herzfehlern**; von G. A. Solowjew. (Med. Obosr. Nr. 20. p. 703. 1893.) Russisch.

Zu den Complikationen der Schwangerschaft, die eine besonders schwere Bedeutung haben, gehören die chronischen Herzfehler. S. stellt nach seinen Beobachtungen in der geburtshülflichen Klinik in Moskau folgende Thesen auf: 1) Die Veränderungen, welche im Organismus durch die

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Schwangerschaft hervorgerufen werden, wirken beträchtlich auf den Blutkreislauf ein. 2) Die Herzgeräusche, welche bei Schwangeren zuweilen vor der Geburt eintreten und danach verschwinden, sind ein Ausdruck dieser Einwirkung. 3) Die Herzgeräusche bei einem organischen Herzfehler unterscheiden sich von ihnen durch grössere Stärke, durch ihre Beständigkeit und hauptsächlich dadurch, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei ihnen in vielen Fällen mit einer Reihe von Störungen verbunden sind, die zuweilen für das Leben der Patientin gefährlich werden. 4) Solche Kr. müssen während der ganzen Schwangerschaft unter der Beobachtung eines Arztes stehen. 5) Bei Herzfehlern soll die Conception vermieden werden, insofern die Schwangerschaft den Verlauf der Krankheit verschlimmert. 6) Therapeutisch kommen dieselben Maassnahmen in Betracht, wie bei den Herzfehlern überhaupt: physische und psychische Ruhe, Milch, Digitalis, Adonis vernalis, Coffein, Strophanthus u. s. w. 7) Versagen diese Mittel, so muss man sofort die künstliche Frühgeburt einleiten, denn die Lage der Kr. wird immer gefährlicher und sie kann während oder sofort nach der Entbindung sterben. 8) Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist jetzt ungefährlich, sowohl für die Mutter, wie für das Kind. 9) In besonders üblen Fällen ist ein künstlicher Abort angezeigt. 10) Die Einleitung einer künstlichen Frühgeburt muss ohne Chloroformnarkose geschehen. M. Gerschun (Dorpat).

437. **Ueber Beckenendlagen**; von A. Koettnitz in Zeitz. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 88. Dec. 1893.)

I. *Zur Frequenz und Aetiologie der Beckenendlagen.* Nach dem Tagebuche einer zuverlässigen Hebamme fand K. unter 3410 Entbindungen 74 Beckenendlagen, darunter 56 Steisslagen; es wären dies also 2%. Unter den Beckenendlagen befinden sich 12 Frühgeburten, 11 Zwillingskinder und 1 Missgeburt. Nach K. sind allem Anscheine nach bei Beckenendlagen individuelle Beanlagungen und Heredität als ätiologische Momente nicht ganz von der Hand zu weisen.

II. *Beckenendlagen und Caput obstipum.* Nach eingehender Besprechung der Anschauungen verschiedener Autoren glaubt K. annehmen zu können: „erstens, dass bei spontanen Steissgeburten Läsionen und Hämatome des Sternocleido-mastoideus vorkommen können, zweitens, dass nach Steissgeburten öfter Caput obstipum in Erscheinung tritt, drittens, dass das Caput obstipum entweder direkt bei der Geburt, jedenfalls durch intrauterine Einflüsse verursacht, oder erst post partum, anscheinend durch Muskelläsionen während des Geburtsakts bewirkt, zur Beobachtung kommt, und viertens, dass Schädelasymmetrie und Schiefhals angeboren sich darstellen können".

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

438. **Accouchement par manoeuvres internes favorisant l'évolution spontanée dans une présentation de l'épaule**; par le Dr. L. E. Dupuy. (Progrès méd. XXI. 50. 1893.)

22jähr. Viertgebärende. Frühere Entbindungen spontan. Schulterlage, rechter Arm vorgefallen, abgestorbene, macerirte und sehr nachgiebige Frucht, dem 7. Monate entsprechend. Vergeblicher Wendungsversuch. Vor Beginn der beschlossenen Decapitation machte D. noch den Versuch, durch Zug am rechten Arm, unterstützt durch gleichzeitigen, vermittelst eines Hakens ausgeübten Zug an der linken Weiche, die Selbstentwickelung der Frucht zu befördern. Auf diese Weise wurden zuerst der Steiss, dann die Beine und der übrige Rumpf und schliesslich der Kopf entwickelt. Gewicht der Frucht 2500 g, Länge 50 cm, Thoraxumfang 26 cm. Normales Puerperium.

D. spricht die Ansicht aus, dass im vorliegenden Falle, wenn die Selbstentwickelung schon früher vor dem Absterben der Frucht durch geeignete Manipulationen begünstigt worden wäre, das Kind voraussichtlich lebend geboren worden wäre. [Am meisten dürfte im vorliegenden Fall die Selbstentwickelung allerdings gerade durch die Maceration der Frucht begünstigt, bez. möglich gemacht worden sein. Ref.]

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

439. **Placenta praevia at the Boston Lying-in Hospital**; by Charles W. Townsend. (Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 25. p. 612. Dec. 21. 1893.)

In der Bostoner Entbindungsanstalt kamen in den letzten 20 Jahren auf 6700 Geburten 28 Fälle von vorliegender Nachgeburt zur Beobachtung.

15mal handelte es sich um *Placenta praevia marginalis s. lateralis;* 7 der Frauen gebaren am Ende der Schwangerschaft, 8 vorzeitig. Ein Eingriff machte sich nur 3mal nothwendig (1mal Kolpeurynter, 2mal Erweiterung durch die Hand und Wendung), während 12 ohne Kunsthülfe gebaren. Alle Mütter genasen; ein Kind wurde todt geboren, 2 starben bald.

Placenta praevia partial. wurde 8mal beobachtet, darunter 3 Frühgeburten. Nur 3 Frauen gebaren ohne Kunsthülfe, 5mal wurde die innere Wendung vorgenommen. Alle Mütter genasen, jedoch nur 4 von den Kindern (2 waren lebensunfähig).

Placenta praevia centralis kam in 5 Fällen vor; 3 Mütter und 4 Kinder starben. Alle Frauen wurden nach vorherigem starken Blutverlust in die Anstalt aufgenommen. In den unglücklich verlaufenen Fällen ist 2mal trotz geringem Blutverlust bei der Wendung später noch Collaps und Tod eingetreten. [Zu schnelle Entwickelung des Kindes? Ref.] Präger (Chemnitz).

440. **Ein neuer Fall von Luftembolie bei Placenta praevia**; von Dr. H. Heuck. Aus der kön. Universitäts-Frauenklinik in Berlin. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 140. 1894.)

28jähr. Primipara, letzte Menses Anfang December 1892, seit Juli 1893 öfters Uterinblutungen, seit dem 18. Aug. 1893 leichte Wehen. Am 19. August Muttermund für 2 Finger durchgängig, überall von Placentagewebe bedeckt. In Narkose Wendung, wobei die ganze Hand in die Vagina und 2 Finger durch den Muttermund

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

eingeführt wurden. Sobald der Fuss zur Vulva herausgezogen war, bekam die Kreissende eine kräftige Wehe und presste mit, wobei ein dicker Strahl blutig gefärbten Fruchtwassers zur Vulva hervorschoss. Als die Kreissende in das Längsbett gebracht werden sollte, war plötzlich der Puls nicht mehr fühlbar, dabei das Gesicht leicht cyanotisch, die Athmung zwar noch vorhanden, aber seltener als normal. 3—5 Minuten nach beendeter Wendung Tod. Die 2 Stunden post mortem vorgenommene *Sektion* ergab Luftgehalt in der rechten Jugularvene, in der rechten Vena spermatica und im rechten Herzen; Placenta praevia centralis.

Es ist nach H.'s Ausführungen zweifellos, dass in diesem Falle nicht die Chloroformnarkose, sondern die Luftembolie den tödtlichen Ausgang herbeigeführt hat. H. hält es für höchst wahrscheinlich, dass während der Wehe und des Mitpressens der Kreissenden durch den nach unten drängenden kindlichen Oberschenkel die zwischen Uteruswand und abgelöster Placenta befindliche Luft in die Venenlumina hineingepresst wurde. Den reichlichen Fruchtwassergehalt betrachtet H. wegen der durch ihn bedingten grossen Druckschwankungen im Abdomen als ein die Luftembolie begünstigendes Moment.

Aus dem Umstand, dass in den letzten 6 Jahren in der Olshausen'schen Klinik nicht weniger als 3 Fälle von Luftembolie bei Placenta praevia beobachtet wurden, schliesst H., dass dies Vorkommniss kein so ganz seltenes ist. Die beiden anderen Fälle sind schon früher von Kramer und Kruckenberg veröffentlicht worden.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

441. **Zerreissung des Scheidengewölbes während der Geburt**; von Dr. Richard Schick. Aus der deutschen geburtshülfl. Univ.-Klinik des Prof. v. Rosthorn. (Prag. med. Wchnschr. XVIII. 29. 30. 1893.)

36jähr. Zweitgebärende. Die erste Geburt wurde wegen drohender Uterusruptur nach 22stündiger Dauer durch Extraktion des perforirten Kindes beendigt. Diag. 11 cm. Die zweite Entbindung machte die Zangenextraktion am querstehenden Kopfe nothwendig; tief asphyktisches, nicht wiederzubelebendes Kind. Placentaretention. Die zur Lösung der Placenta eingeführte Hand fand einen queren, in die Bauchhöhle führenden Riss im vorderen Scheidengewölbe, der sich in das rechte Parametrium fortsetzte; die Placenta lag in der freien Bauchhöhle. Entfernung der Placenta. Tamponade des Risses und der Scheide mit Jodoformgaze. Wegen des trotzdem eingetretenen Collapses sofortige Laparotomie. In der Bauchhöhle $^3/_4$ Liter Blut; das vordere Scheidengewölbe war durch einen querverlaufenden Riss in seiner ganzen Breite eröffnet, die vordere Muttermundslippe von der Scheide an der Ansatzstelle abgelöst; der Riss setzte sich in das rechte Parametrium fort. Nach Unterbindung der grösseren zuführenden Gefässe des Stumpfes, Abbindung der Adnexe, supravaginale Amputation und Verschorfung des Stumpfes mit dem Thermokauter, Sicherung des Stumpfes durch 2 Stielnadeln, Reinigung der Bauchhöhle, extraperitonäale Stielversorgung, Etagennaht der Bauchdecken. Am 17. Tage nach der Operation erstes Verlassen des Bettes.

Sch. nimmt an, dass die Ruptur spontan entstanden sei. Bezüglich der Behandlung dieser Risse sind die Ansichten der Autoren getheilt; zwei Behandlungsmethoden stehen sich hier gegenüber: die Drainage und die Laparotomie. Sch. hofft, dass die auf anderen Gebieten so glänzend bewährten Erfolge der Laparotomie auch bei der Behandlung der Scheidengewölberisse nicht ausbleiben werden. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

442. **Zur Uterusruptur**; von Dr. L. v. Dittel jun. (Arch. f. Gynäkol. XLIV. 3. p. 403. 1893.)

In Prof. Chrobak's Klinik wurden 2 Fälle von Uterusruptur beobachtet, die von der gewöhnlichen Mechanik und dem gewöhnlichen Symptomencomplexe abweichen. Der 1. Fall betraf eine 38jähr. Zweitgebärende, die vor $2^1/_2$ Jahren mit der Zange entbunden war und aus dem schweren Wochenbette eine Blasenfistel davongetragen hatte. Der Muttermund war durch Narbengewebe verengt und erweiterte sich nach Anwendung des Kolpeurynters und der Tamponade nur langsam; die abgestorbene Frucht aus dem 8. Lunarmonate wurde perforirt und mit dem Kranioclasten extrahirt. Nach 12 Stunden Tod unter Meteorismus, Anämie und Athemnoth. Bei der *Sektion* fand sich jauchige Endometritis und Peritonitis. Der Fundus war durch einen queren, hinter der Blase verlaufenden Riss von der Cervix abgetrennt. Gegen den Rand des Querrisses war die Muskulatur mit nach aussen überworfenen abgerundeten Buckeln abgesetzt. Ebenso die Muskulatur der hinteren Wand an der Grenze zwischen tiefen bis in das untere Uterinsegment längs verlaufenden Narben und seichten Einrissen buckelartig vorgewölbt. Dieser Befund ergiebt mit Sicherheit, dass es sich um eine spontane Ruptur in einer Narbe handelt, welche von einer bei der ersten Entbindung entstandenen geheilten Ruptur herrührte.

Im 2. Falle war bei einer Frau nach 2 normalen Geburten ein criminellen Abort ausgeführt worden, später war sie von einer todten, nicht macerirten Frucht entbunden. Jetzt war ein macerirtes Kind aus dem 9. Mon. bis zu den Schultern spontan geboren und dann von einem Arzte extrahirt worden. Eine Nachgeburt war nicht zu erreichen gewesen, dagegen stellten sich die Erscheinungen der Uterusruptur ein. Die Operation nach Porro konnte den Tod nicht aufhalten. Die Ruptur befand sich im Fundus, eine von unregelmässigen zerfetzten Rändern umgebene Lücke, an deren Rande die Serosa zum Theil nach innen verzogen war. Die Entstehung der Ruptur lässt sich hier mit Sicherheit nicht feststellen, doch handelt es sich wahrscheinlich auch um eine spontane, zu deren Zustandekommen der frühere criminelle Abort die Disposition geschaffen haben könnte.

Brosin (Dresden).

VII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

443. **Ueber eine Modifikation der Waltuch'schen Holzverbände (Gypsleimverband)**; von Stabsarzt Dr. Albers in Berlin. (Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 6. 1894.)

A. benutzt zur Herstellung von Schienen, Corsets und Stelzfüssen einen Leimverband (Holzbinden mit Leim bestrichen); eine Verbindung des Leimverbandes mit dem Gipsverbande, der Gipsleimverband hat sich bei der Behandlung frischer Knochenbrüche der unteren Extremitäten zur Herstellung von Gehverbänden bewährt.

P. Wagner (Leipzig).

444. **Ueber Spiraldrahtverbände**; von Dr. L. Heusner in Barmen. (Deutsche med. Wochenschr. XX. 10. 1894.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

H. hat in der letzten Zeit auf dem Gebiete der Orthopädie mehrfach *Stahldrahtschienen* mit gutem Erfolge zur Anwendung gebracht. Die Stahlfeder hat insofern einen Vorzug vor dem elastischen Gummizug, als sich mit ihr nicht blos Zug-, sondern auch Druckwirkungen erzielen lassen. H. theilt mit Abbildungen eine Reihe von Anwendungsweisen solcher Spiraldrahtverbände mit.

P. Wagner (Leipzig).

445. **Ueber die Anwendung des Gypscorsets**; von Prof. Th. Kölliker. (Münchn. med. Wchnschr. XLI. 13. 1894.)

K. beschreibt zunächst die Technik des Gipscorsets, wie sie in der Leipziger orthopädischen Poliklinik geübt wird, und giebt sodann Anhaltepunkte für die Verwerthung der Prothese. Er hält das Gipscorset für angezeigt bei Skoliosen 2. Grades (Skoliosen mit Torsion der Wirbelsäule), welche sich ganz oder zum Theil in Suspension ausgleichen lassen und welche die Höhe des Schulterblattwinkels nach oben nicht überschreiten. Für die höher hinaufreichenden Skoliosen muss Kopfextension in Form eines jury mast oder mit Hülfe elastischer Züge hinzugefügt werden. Weiter empfiehlt sich das Gipscorset im Verein mit häufig geübter Suspension in der *Sayre*'schen Schwebe für Skoliosen, welche mit Intercostal- und Lumbalneuralgien einhergehen. Bei der tuberkulösen Spondylitis ist das Gipscorset angezeigt, wenn das akute Stadium überstanden ist. Bei Kranken mit angeborener doppelseitiger Hüftgelenksverrenkung muss das Corset seitlich die Trochanteren umfassen. Es verhindert alsdann, dass der Schenkelkopf nach hinten und oben gleitet, und hält die Lendenlordose hintan. Ein- bis zweijährige Behandlung ist erforderlich. Bei der einseitigen Hüftgelenksverrenkung giebt K. den Abduktionsschienen den Vorzug. Beim muskulären Schiefhals verwendet K. das Gipscorset mit einem jury mast zur Nachbehandlung nach vorheriger Operation. Auch bei der Nachbehandlung des Empyems leistete ein Gipscorset in 2 Fällen gute Dienste. Nicht geeignet für die Corsetbehandlung sind 1) Skoliosen ersten Grades; 2) statische Skoliosen, welche sich durch Geradestellung des Beckens ausgleichen lassen; 3) Skoliosen muskelschwacher Individuen; 4) Skoliosen dritten Grades.

Brückner (Dresden).

446. **Ueber Rückgratsverkrümmung der Schulkinder**; von Dr. W. Krug in Dresden. (Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 2. p. 145. 1894.)

K. berichtet über die Untersuchung von 1418 Dresdener, im Alter von 8—16⅜ Jahren stehenden Schulkindern. Er fand (abgesehen von 13 alten, starken rhachitischen Skoliosen) bei 344 Kindern (24%), und zwar bei 181 Knaben (26%) und 163 Mädchen (22.5%) seitliche Abweichungen der Wirbelsäule. Torsion der Wirbelsäule wurde bei 21 Knaben und bei 19 Mädchen festgestellt, meist in Verbindung mit rechtseitiger Brustskoliose. Hochstand der Hüfte war 51mal, 7mal ohne gleichzeitige Skoliose, 2mal „auf der falschen Seite, nämlich links bei linkseitiger Skoliose" vorhanden. Für das letztere Verhältniss wird ungleiche Länge der Beine, die sich bei 6 Knaben und bei einem Mädchen feststellen liess, verantwortlich gemacht. 40 Kinder litten an einer Kyphose der Brustwirbelsäule, 30 hatten eine auffallend flache Brust. Weder der Blutarmuth, noch der Rhachitis konnte ein wesentlicher Antheil am Zustandekommen des Schiefwuchses schuld gegeben werden. Bei Knaben verhielt sich die Anzahl der linkseitigen Skoliosen zu derjenigen der rechtseitigen wie 5:1, bei den Mädchen dagegen wie 2:1. K. macht verschiedene äussere Einflüsse und Gewohnheiten des täglichen Lebens für dieses Verhältniss verantwortlich (Tragen von kleineren Geschwistern, von schweren Schultaschen, weibliche Handarbeiten). Dass ungleiche Belastung des Körpers Formveränderungen der Wirbelsäule herbeizuführen vermag, konnte K. durch Versuche erhärten. Von 210 Kindern, welche im Alter von 10—12 Jahren standen und gerade gewachsen waren, hatten 43 nach Verlauf von 2 Jahren Skoliosen. Diese mussten sich offenbar unter dem Einflusse der erwähnten Schädlichkeiten entwickelt haben. Um dem Schiefwuchs vorzubeugen, empfiehlt K. gute Schulbänke, gute Beleuchtung, gute Heftlage. Insbesondere müssen die Lehrer der Körperhaltung der Kinder ihre Aufmerksamkeit widmen. In den unteren Klassen soll der Schreibunterricht abgekürzt werden und mit anderen Beschäftigungen häufig wechseln. Das Schulturnen wird warm empfohlen. Von der Einführung der Steilschrift erhofft K. eine Besserung der Verhältnisse.

Brückner (Dresden).

447. **De la strangulation des amygdales**; par le Dr. Marcel. (Roumanie méd. II. 1. p. 7. 1894.)

Gestützt auf eine Anzahl glücklicher Operationen empfiehlt M. zur Abtragung der hypertrophischen Tonsillen die kalte Schlinge, besonders für ängstliche Kinder und bei solchen Mandeln, welche stark nach unten vergrössert sind. Die Blutung sei dabei geringer als bei Anwendung des Tonsillotoms oder der galvanischen Schlinge, die benachbarten Theile würden leichter geschont und das Instrument sei handlicher und leichter zu reinigen als die sonst gebräuchlichen.

Goldschmidt (Nürnberg).

448. **Beitrag zur Diagnose und Therapie maligner Larynxtumoren**; von Prof. Th. Gluck in Berlin. (Berl. klin. Wchnschr. XXX. 51. 1893.)

G. hat bei einem 68jähr. Kr. mit Epithelialcarcinom des linken Stimm- und Taschenbandes, das auf die hintere Larynxwand übergriff, die Exstirpation der linken Kehlkopfhälfte ausgeführt, und zwar nach vorausgeschickter Tracheotomie und Einlegen der *Hahn*'schen Pressschwammkanüle. Günstiger Wundverlauf; Ernährung durch ein von der Operationswunde in den Oesophagus gelegtes Schlundrohr. Bis jetzt (17 Mon. nach

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

der Operation) kein Recidiv. Der völlig gesunde und blühend aussehende Kr. athmet frei, spricht deutlich und anhaltend, wenn auch mit heiser belegter Stimme. An Stelle des fehlenden linken Stimmbandes funktionirt eine strangartige, walzenförmig vorspringende Narbe, die den Phonationsakt dem intakten rechten Stimmbande wesentlich erleichtert.

G. theilt dann kurz einen 2. Fall mit, in dem durch Krause ebenfalls sehr frühzeitig die Diagnose auf Rundzellensarkom des Kehlkopfes gestellt werden konnte. Tracheotomie, Laryngofissur und partielle Resektion des Larynx. Die *Heilung* dauert jetzt über 2 Jahre an.

P. Wagner (Leipzig).

449. **Plan incliné portatif pour les opérations abdominales**; par le Dr. E. Péraire. (Revue de Chir. XIII. 8. p. 678. 1893.)

P. hat aus drei metallenen Leitern, die in jeder beliebigen Winkelstellung auf jedem Operationstische aufgestellt werden können, ein transportirbares Planum inclinatum construirt, dessen Anwendung sich namentlich bei Bauchoperationen empfiehlt.

Der Arbeit beigegebene Zeichnungen erläutern die Construktion. P. Wagner (Leipzig).

450. **The treatment of the peritoneum in abdominal surgery**; by W. A. Meredith. (Lancet II. 19; Nov. 5. 1892.)

Seit December 1888 bis Ende Juli 1892 führte M. 183 Abdominaloperationen aus; bei 42 waren es nicht die Beckenorgane, die eigentlich erkrankt waren, oder wenn sie krank waren, so war die Erkrankung eine solche, dass von einer vollständigen Exstirpation abgesehen werden musste. 33 dieser Kranken genasen, 9 starben. Von den 141 anderen Operirten starben 4. An diese statistische Zusammenstellung fügt M. dann allgemeine Betrachtungen darüber an, auf welche Weise die Gefahren bei Peritonäaloperationen vermieden werden können. E. Ullmann (Wien).

451. **Bericht über die während der letzten 10 Jahre in den allgemeinen Krankenhäusern zu Hamburg behandelten penetrirenden Bauchschusswunden**; von Hermann Bertram. (Würzburger Dissertation 1893.)

Mittheilung von 15 penetrirenden Schussverletzungen des Abdomen. Die Krankengeschichten sollen zur Bereicherung der Casuistik dienen, „denn nur aus einer grossen Serie genau beobachteter Fälle kann die wichtige Frage der Behandlung penetrirender Bauchwunden ihrer Lösung näher gebracht werden". Bei 3 von den 15 Kranken wurde die Laparotomie vorgenommen: 2 Heilungen, 1 Todesfall. Bei 3 Kranken wurde mit Rücksicht auf das schwere Allgemeinbefinden die Laparotomie unterlassen; die 3 Kranken starben bald nach der Verletzung. Von 9 Fällen mit exspektativer Behandlung endeten nur 3 tödtlich.

P. Wagner (Leipzig).

452. **Beitrag zur operativen Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis**; von Dr. Schaberg in Hagen. (Festschr. d. ärztl. Vereins Arnsberg p. 93. 1893.)

Sch. berichtet über 2 im städtischen Krankenhause zu Hagen beobachtete Fälle von diffuser eitriger Peritonitis, in denen ein operativer Eingriff von Erfolg gekrönt war.

Während es sich in dem 1. Falle (11jähr. Knabe) um einen mehr protrahirten Fall von infektiöser Peritonitis handelte, gehörte der 2. Fall (54jähr. Frau) zu den unter stürmischen Erscheinungen mit Collaps einhergehenden Erkrankungen. In beiden Fällen versuchte Sch. durch einen hinreichend grossen, seitlichen Schnitt durch entsprechende Seitenlagerung der Kr. und einfaches Austupfen mit Jodoformgaze unter vorsichtiger Schonung der Adhäsionen den Eiter nach Möglichkeit zu entfernen und die Desinfektion lediglich durch Aufpudern von Jodoform zu bewirken. Ausspülungen wurden nicht angewandt. Nach der Perforationstelle wurde nicht weiter gesucht. Die Bauchwunde wurde weit offen gelassen, um dem Eiter dauernden Abfluss zu verschaffen. In dem 1. Falle wurden später drei Dünndarmfisteln durch die Naht geschlossen; die granulirende Bauchwunde durch Sekundärnähte verkleinert. Im 2. Falle wurde ein 8 cm langes Darmstück mit Perforation primär resecirt. Die Bauchwunde wurde ebenfalls später durch Sekundärnaht geschlossen; die obere Hälfte war bereits primär vereinigt worden. P. Wagner (Leipzig).

453. **Traumatic rupture of intestine**; by Charles Templeman. (Brit. med. Journ. Febr. 25. 1893.)

Ein 46 Jahre alter Mann erhielt einen starken Stoss in die Bauchgegend. Nach 20 Minuten hatte er starke Schmerzen, begann zu erbrechen, die Genitalien wurden ödematös und nach 35 Stunden starb der Kr. Bei der Nekroskopie zeigte sich eine $^1/_2$ Zoll [1.3 cm] langer querer Riss am Ileum etwa 3 Zoll [7.6 cm] oberhalb der Ileocökalklappe. E. Ullmann (Wien).

454. **Casuistischer Beitrag zur Bauchchirurgie**; von Dr. Fritz Berndt zu Stralsund. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVII. 1 u. 2. p. 144. 1893.)

1) *Fremdkörper in der Blase, Sectio alta. Heilung.*

Ein 63jähr. Mann, seit langer Zeit an Harnbeschwerden leidend, pflegte sich selbst zu katheterisiren, wobei eines Tages die Spitze abbrach und in der Blase stecken blieb. Darauf Cystitis und Inkrustation des Katheterstückes; nach dem Nachlassen der floriden Erscheinungen und nach Sicherstellung der Diagnose wurde der inkrustirte Kathetertheil durch Sectio alta entfernt. Heilung rasch und vollständig.

2) *Hernia unbilicalis incarcerata; Hernio-Laparotomie. Heilung.*

Eine 30jähr. Frau, seit langen Jahren mit Bauchbruch behaftet, bekam plötzlich Einklemmungserscheinungen. Die Untersuchung ergab eine mannskopfgrosse Geschwulst in der Mitte des Abdomen von prallelastischer Consistenz, sie war druckempfindlich, schallte tympanisch.

Der Inhalt des Bruchsackes, welcher durch eine enge Oeffnung mit der Bauchhöhle communicirte, bestand aus Dünndarmschlingen, einer Dickdarmschlinge und Netz; Einklemmung an der Stelle der Communikation; Dickdarm und Netz waren nicht eingeklemmt. Nach mühevoller Reposition des unverdächtigen Dünndarms (Erweiterung des einklemmenden Ringes durch das Messer). Schliessung der Bauchhöhle. Heilung nach 5 Wochen.

3) *Carcinoma pylori, Laparotomie in Folge falscher Diagnose. Tod nach 2$^1/_2$ Monaten an dem Grundleiden.*

Der Umstand, dass die Kr., welche seit 4 Jahren an Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, zeitweiligem Erbrechen u. s. w. gelitten hatte, unter der *ärztlichen* Diagnose „Kothbrechen" eingeliefert wurde, veranlasste B. zur sofortigen Vornahme der Operation, welche ein unter

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

den obwaltenden Verhältnissen für inoperabel zu erachtendes Pyloruscarcinom zu Tage förderte. Daher Schluss der Bauchwunde; Heilung per primam. Tod nach 2½ Mon. an Kachexie.

4) *Carcinoma pylori. Gastro-Enterostomie. Heilung. Tod 4 Wochen nach der Operation.*

69jähr., äusserst kachektischer Mann, seit langen Jahren an Magenbeschwerden leidend; Tumor im rechten Epigastrium dicht unter dem Proc. ensiformis, 7 cm lang, 4 cm breit, von der Leberdämpfung deutlich zu trennen.

Wegen der langen Dauer der Operation wurde von einer Resectio pylori Abstand genommen und die obere Jejunalschlinge in die vordere Magenwand eingenäht; Dauer der Operation 1½ Std.; bei fieberhaftem Verlauf glatte Heilung, so dass der Kr. am 17. Tage das Bett verlassen konnte. 4 Wochen nach der Operation plötzlich ohne nachweisbare Ursache diffuse Peritonitis und Tod nach 2 Tagen.

Die *Sektion* ergab „trotz eifrigen Suchens" keine Anhaltepunkte für den Ausbruch der eitrig-fibrinösen Bauchfellentzündung; die Magendarmnaht erwies sich als völlig intakt. Zimmermann (Saarbrücken).

455. **Ein Beitrag zur Chirurgie des Magens: Pyloruscarcinom, Resektion, Heilung**; von Dr. J. Zawadzki u. Dr. Th. Solman in Warschau. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 8. 1894.)

Z. und S. halten die Resektion des Pyloruscarcinoms nur in denjenigen Fällen für indicirt, in welchen der Tumor klein, deutlich begrenzt, hart, beweglich und ohne Adhäsionen mit den Nachbarorganen erscheint, in welchen keine Metastasen im Mesenterium, in den Lymphdrüsen und in der Leber vorhanden sind und in welchen schliesslich der krankhafte Zustand des Pat. mehr von einem mechanischen Hindernisse, als von einer wirklichen Krebskachexie abhängig ist.

Unter diesen Voraussetzungen haben Z. und S. bei einem 43jähr. Manne mit Erfolg die Resectio pylori carcinomatosi ausgeführt. Der Kr. hat sich nach der Operation ausserordentlich erholt und ist zur Zeit (*9 Mon. nach dem Eingriffe*) *vollkommen recidivfrei.* P. Wagner (Leipzig).

456. **Ueber Caries sicca des Schultergelenks**; von Max Levor. (Strassburger Dissert. 1893.)

L. theilt aus der Strassburger chirurgischen Klinik 6 bisher noch nicht veröffentlichte Fälle von *Caries sicca des Schultergelenkes* mit und führt ausserdem noch die beiden Fälle an, die Lücke seiner Zeit genau beschrieben hat. Erst 5 Jahre nach der Lücke'schen Mittheilung hat v. Volkmann eine Arbeit über die Caries sicca des Schultergelenkes erscheinen lassen (1867).

P. Wagner (Leipzig).

457. **Ueber Amputationsstümpfe im Allgemeinen und eine neue Amputationsmethode im Besonderen**; von H. Hirsch. (Kieler Dissertation 1893.)

H. bespricht in der vorliegenden, sehr lesenswerthen Arbeit zunächst die *pathologisch-anatomischen Verhältnisse der Amputationstümpfe* im Allgemeinen und geht dabei besonders auf die *atrophischen Veränderungen der Knochen von Amputationstümpfen* genauer ein. Er stellt hierüber folgende Sätze auf: 1) Hängt der Stumpf frei herab, bez. liegt sein Ende nicht gegen eine Unterlage an, so nimmt der Querschnitt des Knochens, gegen dessen Ende hin, stetig an Stärke ab, d. h. der Knochen wird spitz. 2) Ruht der Stumpf mit seinem Ende auf der Prothese, und wird dabei, der Regel entsprechend, ein geringer Theil der Körperlast mit unterstützt, so büsst der Knochen gleichmässig an Querschnitt ein. 3) Stützt sich der Stumpf mit dem ganzen Gewicht des Körpers direkt auf die Prothese, so bleibt die Stärke des Knochens unverändert.

Es geht hieraus hervor, von welcher grossen Bedeutung für die atrophischen Veränderungen der Knochenstümpfe der Umstand ist, ob der Stumpf *tragfähig* oder *nichttragfähig* ist.

Die *Bedingungen der Tragfähigkeit eines Stumpfes* fasst H. in folgendem Satze zusammen: Um einen tragfähigen Stumpf zu schaffen, muss die Markhöhle des durchsägten Knochens nach unten einen genügend festen knöchernen Abschluss erhalten, und es muss in zweiter Linie für eine gesunde narbenfreie Haut im Bereiche der Stützfläche gesorgt werden. Für die so häufige tiefe Unterschenkelamputation hat nun Bier eine Operationsmethode ersonnen, die die Bildung eines tragfähigen Stumpfes ermöglicht.

Diese Methode setzt sich aus folgenden Momenten zusammen: 1) Beginn der Operation mit der gewöhnlichen Absetzung des Gliedes. 2) Ausschnitt eines aus Haut, Muskeln und Knochen bestehenden Keiles, dessen Rücken durch einen Theil der Vorderfläche des Unterschenkels gebildet wird, dessen abgestumpfte Schneide in die durch die hintere innere Kante der Tibia und die hintere Kante der Fibula bestimmte Ebene hineinfällt, so dass also die hinter den Knochen gelegenen Weichtheile unverletzt bleiben. 3) Umstellung des losen Stückes, das durch die unverletzten Weichtheile der Hinterseite, insbesondere durch die Art. tibial. post. ernährt wird. 4) Vernähung der Hautränder.

Bei dem Verbande ist zu beachten, dass der umgestellte Theil in der richtigen Weise, also in rechtwinkliger Stellung, fixirt wird, was Bier mit Hülfe der *Cramer*'schen Drahtschiene erreicht.

Es entsteht so ein Stumpf mit einer Art von Fuss, der soweit in horizontaler Richtung vorragt, als der untere Hautschnitt über dem Ende des Knochenstumpfes angelegt wurde. Was ursprünglich ein Theil der glatten vorderen Tibiafläche gewesen, bildet nunmehr nach unten einen festen, knöchernen Abschluss der Markhöhle, wird also die Knochengehfläche, und die damit in Verbindung gebliebenen Weichtheile bieten dem Stumpfe eine gesunde narbenfreie Sohle.

Bei dieser Amputationsmethode treten an den Knochen keinerlei atrophische Veränderungen auf; die Leistungen des Stumpfes sind ausgezeichnet: die Prothese wird sehr vereinfacht.

P. Wagner (Leipzig).

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

B. Originalabhandlungen
und
Uebersichten.

V. Ueber Diabetes mellitus.[1])

Von Dr. O. Hezel in Crefeld.

15) *Verhalten des Harns.*

a) *Kohlehydrate im normalen Harn.*

Luther (2) stellte mit Hülfe der von Molisch angegebenen und von v. Udranszky und ihm selbst für quantitative Bestimmungen eingerichteten Probe mit α-Naphthol und Schwefelsäure Untersuchungen über den Gehalt des normalen Harns an Zucker, bez. Kohlehydraten an. Das Eiweiss musste dabei zuvor ausgeschlossen werden, da es ebenfalls die Furfurolreaktion giebt, und um diese handelt es sich bei der Udranszky'schen Probe.

Bei Personen im mittleren Lebensalter fand er den Gehalt des Harns an Furfurol liefernden Substanzen, auf Traubenzucker berechnet, im Mittel:

0.155% in der Zeit von 7—9 Uhr Vormittags,
0.245% 2—3 Stunden nach dem Mittagessen,
0.198% in der Zeit von 5—7 Uhr Nachmittags.

Die Kohlehydratausscheidung des normalen Harns ist demnach am Morgen am niedrigsten, nach Tisch am höchsten und gegen Abend wieder geringer. Zu einem ähnlichen Resultat war auch v. Udranszky bei seinen Untersuchungen gekommen.

Weiterhin untersuchte L. normale Harne vor und nach dem Gähren mit derselben Methode. Da ausser Traubenzucker das Vorkommen nur noch eines Kohlehydrats im normalen Harn bekannt ist, des von Landwehr gefundenen thierischen Gummi, das nicht gährungsfähig ist, so kann die Differenz des Kohlehydratgehalts vor und nach der Gährung des Harns auf Traubenzucker bezogen werden.

L. fasst die Ergebnisse seiner Untersuchungen dahin zusammen, dass Traubenzucker ein normaler Bestandtheil des Harns ist und dass seine Menge beim Erwachsenen etwas unter 0.1% im Mittel beträgt und sehr von der Nahrung abhängig ist.

Die Gesammtkohlehydratausscheidung fand er im Mittel beim Erwachsenen zu 0.196%. Sie ist stärker nach den Mahlzeiten und nimmt im Allgemeinen mit dem Lebensalter etwas zu.

Die Menge des vom Erwachsenen täglich ausgeschiedenen thierischen Gummi beträgt im Mittel 0.102%, nimmt ebenfalls mit dem Lebensalter zu, ist auch nach den Mahlzeiten etwas stärker, aber zeigt nicht so grosse zeitliche Schwankungen wie der Traubenzucker.

Bei Wöchnerinnen fand L. eine hohe und stets vorhandene Ausscheidung von Milchzucker. Die Erklärung der physiologischen Glykosurie sucht er in der Annahme, dass die Nieren normalerweise eine geringe Insufficienz gegen Kohlehydrate besitzen.

b) *Nachweis von Zucker im Harn.*

Dem Praktiker empfiehlt v. Jaksch (60) am meisten die Trommer'sche Probe und die Böttcher'sche Probe mit der Nylander'schen Modifikation. Bei der Trommer'schen Probe spricht der positive Ausfall aber nur dann für Traubenzucker, wenn sich der Niederschlag sofort bildet, noch vor dem Kochen. Sehr zweckmässig ist auch die Gährungsprobe, doch können im Harn auch andere vergährende Substanzen vorkommen, so dass der positive Ausfall dieser Probe noch nicht den absoluten Beweis für die Anwesenheit von Traubenzucker giebt. Dagegen schreibt v. J. in jeder Beziehung unanfechtbare Resultate der Probe mit salzsaurem, bez. essigsaurem Phenylhydrazin zu. Namentlich sei sie noch zum Nachweise auch geringer Zuckermengen brauchbar. Endlich hält er auch die polarimetrische Untersuchung für ein sicheres Mittel und meint, dass mit Zuhülfenahme aller dieser Methoden die Verwechselung mit anderen Zuckerarten ausgeschlossen sei; höchstens mit Maltose könne noch eine Verwechselung vorkommen, doch habe das mit Phenylhydrazin gelieferte Maltosazon einen um 16° niedrigeren Schmelzpunkt, als der Traubenzucker. Maltose kommt bisweilen bei Pankreaserkrankungen im Harn vor. Milchzucker lässt sich vom Traubenzucker dadurch unterscheiden, dass er fast gar nicht vergährt und dass er in der im Harn vorkommenden Concentration kein Phenyllaktosazon bildet. Die Lävulose giebt alle die oben genannten Reaktionen, dreht aber links.

Diese Methoden reichen nach v. J. auch zum Nachweis kleiner Mengen von Traubenzucker im Harn aus, ebenso zur Unterscheidung der anderen

[1]) Schluss; vgl. Jahrbb. CCXLII. p. 181.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

im Harn vorkommenden Zuckerarten. Von den quantitativen Methoden empfiehlt v. J. für den Praktiker am meisten die Bestimmung der Dichte des Harns vor und nach der Vergährung.

Seegen (68) bestreitet, dass sich die Phenylhydrazinprobe zum Nachweise kleiner Zuckermengen für den Praktiker eigene, da die in Frage kommenden Krystalle doch nicht so charakteristisch seien und die Glykuronsäure mit dem Phenylhydrazin ganz gleiche, nur durch die Schmelzpunktbestimmung unterscheidbare Krystalle gäbe. Für sehr brauchbar und empfindlich erklärt er die Nylander'sche Probe, doch sei sie nur dann beweisend, wenn der Niederschlag eine deutliche Schwarzfärbung zeigt, nicht blos Graufärbung. Man kann damit einen Zuckergehalt von 0.04 bis 0.025% im Harn nachweisen. Ueber die Probe mit *Fehling*'scher Lösung äussert sich S. folgendermaassen.

Während man in rein wässriger Lösung Zucker mit der *Fehling*'schen Probe in äusserst geringen Quantitäten sicher nachweisen kann, muss der Harn schon grössere Mengen Zucker enthalten, weil er gleichzeitig Stoffe führt, welche die eklatante Reaktion, die Ausscheidung von Kupferoxydul hindern, und weil im Harn noch Stoffe vorkommen, die ebenfalls wie kleine Zuckermengen reduciren, ohne Oxydul zur Ausscheidung zu bringen. Es ist möglich, dass ein Harn, der 0.5% Zucker und darüber enthält, keine Oxydulausscheidung giebt, sondern nur entfärbt, während ein zuckerfreier, aber uratreicher Harn derart reducirt, dass Zucker vorgetäuscht wird. Enthält ein Harn 0.5—0.3% Zucker, so braucht man ihn nur auf das 5—10fache mit Wasser zu verdünnen, um die erwähnten störenden Einflüsse auszuschalten. Enthält er aber weniger als 0.3%, so ist die folgende Methode für den Praktiker die beste und sicherste.

Ein Filter wird etwa 3 cm hoch mit feingepulverter Blutkohle gefüllt, und dann werden 20—40 ccm Harn mehrmals filtrirt, bis das Filtrat wasserhell abfliesst. Danach wird die Blutkohle einige Male mit Wasser nachgewaschen. Man untersucht nun gesondert das Filtrat und das Waschwasser mit *Fehling*'scher Lösung. Durch die Blutkohle werden sowohl Farbstoffe, als auch die Harnsäure fast vollständig zurückgehalten, vom Zucker dagegen nur ein Theil. Auch bei geringem Zuckergehalt des Harns geht noch so viel Zucker in das Filtrat und in das Waschwasser über, dass bei der Prüfung mit *Fehling*'scher Lösung eine deutliche Oxydulausscheidung eintritt, weil es sich nur um eine fast reine wässrige Lösung des Zuckers handelt. Bei einem Zuckergehalt des Harns von 0.1—0.05% giebt das Filtrat, wie das Waschwasser noch deutliche, sofort eintretende Oxydulausscheidung, bei einem Gehalt von 0.05—0.01% allerdings erst einige Zeit nach dem Erhitzen.

Bei sehr uratreichen Harnen empfiehlt es sich, vor dem Filtriren die Harnsäure mit Salzsäure auszufällen und wieder zu neutralisiren. Die Qualität der Blutkohle muss eine sehr gute sein. Die von *A. Trommsdorf* in Erfurt gelieferte entspricht allen Anforderungen.

Nach S.'s 20jähr. Erfahrung ist die Blutkohlenprobe die brauchbarste überhaupt. Er empfiehlt sogar zur quantitativen Bestimmung durch Titriren mit *Fehling*'scher Lösung die vorherige Filtration des Harns durch Blutkohle, da in Harnen von selbst 1% Zuckergehalt das Titriren in Folge der grüngelben Ausscheidung oft unmöglich wird und da der Verlust an Zucker, den der Harn beim Filtriren durch die Kohle erleidet, nur 10% beträgt.

Havelburg (27), dem die Phenylhydrazinprobe von Fischer und v. Jaksch manchmal versagt hat, giebt folgende Modifikation derselben an.

Er schüttelt die mit salzsaurem Phenylhydrazin und essigsaurem Natron versetzte, mit Wasser verdünnte und etwas erwärmte Harnmenge mit Chloroform durch. Enthielt der Harn Zucker, so erkennt man nach einiger Zeit in der dem Chloroform auflagernden Schicht Krystalle von ausgesprochen gelber Farbe. Nur diese sind charakteristisch. Schöner noch wird die Reaktion, wenn die Flüssigkeit vor dem Chloroformzusatz gekocht und wieder abgekühlt wird.

Auf einen Irrthum, der bei der Moore'schen Probe unterlaufen kann, macht George Johnson (50) aufmerksam. Wenn das Glas der Flasche, in welcher die Kalilauge aufbewahrt wird, Blei enthält, so wird von der Kalilauge etwas Blei gelöst. Dieses verbindet sich nun, wenn der Harn Eiweiss enthält, mit dem Schwefel des Eiweisses zu schwarzem Bleisulphid, das dem Unerfahrenen die braune Färbung der Zuckerreaktion vortäuschen kann.

Eine neue Reaktion auf Traubenzucker beschreibt Rosenbach (70).

Man versetzt den Harn mit einigen Tropfen Natronlauge und einigen Tropfen kalt gesättigter Lösung von Nitroprussidnatrium und kocht. Bei Anwesenheit von Zucker tritt je nach der Menge desselben eine tiefbraunrothe oder orangerothe Färbung ein. Die Probe ist nicht schärfer als die Trommer'sche.

Schütz (62) hat ein Instrument zur quantitativen Zuckerbestimmung construirt und es Araeo-Saccharimeter genannt. Es besteht aus einer in Wasser schwimmenden Flasche, die mit dem zu untersuchenden Harn gefüllt wird. Die Flasche ist empirisch graduirt und lässt an dieser Graduirung aus dem verschieden tiefen Eintauchen vor und nach der Vergährung des Inhalts den Procentgehalt des Harns an Zucker ablesen. Das Instrument gestattet quantitative Bestimmungen des Zuckers bis zu einem Gehalt von 0.2% herab. Diese Grenze ergiebt sich aus dem Umstand, dass der Zucker in geringerer Concentration nicht mehr sicher vergährt.

c) *Specifisches Gewicht des Harns.*

Man darf Harne mit niedrigem specifischen Gewicht nicht ohne Weiteres für zuckerfrei halten. Sieveking (52) beobachtete einen zuckerhaltigen Harn mit spec. Gewicht 1010, Roberts (53) einen mit 1010 und einen anderen mit 1017, Anderson (54) einen solchen, der 1008—1012, einmal nur 1006 zeigte.

d) *Oxalsäureausscheidung bei Diabetes.*

Bisher galt der Satz, dass bei Diabetikern erhöhte Oxalsäureausscheidung häufig vorkomme. Nachdem sich nun herausgestellt hat, dass zur Bestimmung der Oxalsäure eine Schätzung der im Harnsediment enthaltenen Oxalatkrystalle absolut unzureichend ist, sondern gewichtsanalytische Be-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

stimmungen nöthig sind, hat Kisch (97) bei 6 Diabetikern neue Bestimmungen der Oxalsäure im Harn ausführen lassen und gefunden, dass die Oxalsäureausscheidung eher unter dem normalen Werth blieb. Der Gesunde scheidet in 1 Liter Harn etwa 15 bis 20 mg Oxalsäure aus. Bei diesen 6 Diabetikern blieb die Ausscheidung durchgehends unter 15 mg. Das von einigen Autoren für Zucker- und Oxalsäure behauptete alternirende Verhältniss konnte K. ebenfalls nicht bestätigen, indem er mit dem Zucker auch die Oxalsäure abnehmen sah.

e) *Selten im diabetischen Harn beobachtete Substanzen.*

Bougnies-Corbeau (43) konnte im Harn eines alten fettleibigen Diabetikers Rhodansalze nachweisen; er macht darauf aufmerksam, dass bei Anwesenheit der Rhodansalze der gelbrothe Niederschlag, den man beim Zuckernachweis mit *Fehling*'scher Lösung erhält, nach einiger Zeit bräunlich wird und zuletzt schwarz mit röthlichem Schimmer.

Salkowski u. Jastrowitz (56) beobachteten bei einem Morphinisten während und nach der Entziehungskur einen Harn, der mit der Trommer'schen Probe eine deutliche und starke Reaktion zeigte, während die Gährungsprobe und die polarimetrische Prüfung negativ ausfielen. Beim Erhitzen mit salzsaurem Phenylhydracin und Natriumacetat zeigte der Harn wohl charakterisirtes Osazon, das sich vom Phenylglukosazon durch seinen Schmelzpunkt und seine Löslichkeit in heissem Wasser unterschied. Der Schmelzpunkt lag bei 157 bis 159° C. Ob das neue hier beobachtete Kohlehydrat mit einem der 3 Kohlehydrate, die ein Osazon vom Schmelzpunkte 158—160° C. bilden, Arabinose, Xylose und β-Akrose identisch ist, müssen weitere Untersuchungen lehren. Im Anschluss an diese Mittheilung berichtet Ebstein (57), dass nach Einverleibung von Pentaglykosen, d. h. Arabinose und Xylose, der Harn der Gesunden positive Reaktionen mit *Fehling*'scher Lösung, mit dem Nylander'chen Reagens und bei der Phloroglucinsalzsäureprüfung giebt. Die hier im Harn enthaltenen reducirenden Stoffe vergähren nicht.

Senator (82) theilt einen Fall von Pneumaturie bei Diabetes mit. Es handelte sich um einen 66 Jahre alten, seit 8 Jahren an Diabetes leidenden Herrn. In Folge einer Cystitis und Prostatahypertrophie machte sich Katheterisiren nöthig. Dabei wurde der Abgang von Gasblasen mit dem Urin bemerkt. Auch in früher beschriebenen Fällen bestand Cystitis. F. Müller hat zuerst in einem solchen Falle das entleerte Gas analysirt. Es setzte sich zum grössten Theil aus Wasserstoff und Stickstoff, in geringeren Mengen aus Kohlensäure und Spuren von Sauerstoff und Methan zusammen. Der frisch entleerte Harn enthielt 1% Traubenzucker. Dieser verschwand aber bei längerem Aufbewahren des Harns in Folge eines Gährungsvorganges unter Bildung von Kohlensäure und Wasserstoff. Während der Gährung zeigte der Harn saure Reaktion, die mit Aufhören der Gasbildung in die alkalische umschlug. Mit der Besserung der Cystitis verminderte sich die Gasbildung. Auch in dem Falle von S. zeigte der Harn saure Reaktion und enthielt viel Hefezellen. Das gebildete Gas bestand aber hier fast ausschliesslich aus Kohlensäure, und in dem vergohrenen Harn fand sich Alkohol. Es lag also eine alkoholische Gährung des Zuckers vor. Die schon früher wiederholt gemachte Beobachtung, dass bei Diabetikern mit Eintritt einer Cystitis die Glykosurie verschwindet, ist wahrscheinlich häufig auf eine solche Gährung zurückzuführen. Ausserordentlich selten ist Gasbildung bei alkalischer oder ammoniakalischer Gährung des Harns, und zwar handelt es sich dann um eine andere Form der Gährung als die eben beschriebene, denn diese wird durch alkalische Reaktion aufgehoben.

f) *Intensität der Zuckerausscheidung.*

Posner und Epenstein (22) bestimmten bei 3 Diabetikern den Zuckergehalt jeder einzelnen gelassenen Harnportion, berechneten daraus den stündlichen Durchschnitt für die zwischen je 2 Harnportionen liegende Zeit und stellten die erhaltenen Werthe als Curven dar.

Bei dem ersten Kr. zeigte sich ein Minimum in den frühen Morgenstunden und je ein Maximum am Vormittag und am Abend. Abweichungen in der Nahrung änderten zwar die Curve, aber nicht ihren Typus. Beim 2. Kr. lag das Minimum auch in den frühen Morgenstunden, erreichte aber stets 0, d. h. der Morgenharn war zuckerfrei. Dann folgte ein Maximum Vormittags 11 Uhr, das relativ niedrig war; das 2. meist sehr hohe Maximum lag zwischen 10 Uhr Abends und 1 Uhr Nachts. Die Intensität schwankte hier zwischen 0 und 8.28. Der Nachmittagsharn war meist sehr zuckerarm. Bei dem 3., sehr schwer Kranken, bei dem die 24stündige Harnmenge 5—6 Liter betrug und 5—6% Zucker enthielt, zeigte die Intensitätscurve ein morgendliches Minimum, das bis auf 4.5 herabsank und in die Stunden 5—9 Uhr oder 9—12 Uhr Vormittags fiel, und ein abendliches Maximum, das bis zu 25 und 26 stieg und in die Stunden 6—9 Uhr oder 9—12 Uhr Abends fiel. An manchen Tagen fiel das Maximum auch auf die Zeit 12—3 Uhr Nachts, oder es folgte dem ersten Maximum noch eine zweite beträchtliche Steigerung in der Zeit von 12—3 Uhr Nachts.

P. und E. möchten eine derartige Verschiebbarkeit der Curvengipfel, insbesondere nächtliche Exacerbationen zur Beurtheilung der Schwere des Falles benutzen und rathen, im einzelnen Falle die Intensität der Zuckerausscheidung so lange zu controliren, bis der Typus der Curve festgestellt ist.

16) *Diagnose.*

Nicht jeder Zuckerausscheidung im Harn kommt die Bedeutung des Diabetes zu. Abgesehen von der physiologischen Glykosurie nach dem Genuss abnorm grosser Zuckermengen giebt es transitorische Zuckerausscheidungen bei einer grossen Anzahl pathologischer Zustände.

v. Jacksch (60) erwähnt in dieser Hinsicht die verschiedenen Meningitisformen, Malaria, Scharlach, tertiäre Lues, Vergiftung mit Morphin, Kohlenoxyd und irrespirabeln Gasen, und in sehr seltenen Fällen Gehirnerkrankungen. Wo aber dauernde Glykosurie vorhanden ist, da besteht Diabetes, nur macht die Glykosurie, wie v. Jacksch (60) ausführt, den Diabetes nicht aus, sondern ist nur eines seiner Symptome. Ein eben so wichtiges Zeichen des diabetischen Processes ist das Auftreten weiterer N-freier Produkte, als Aceton, Acetessigsäure u. s. w.

Auch kleine Zuckermengen sind nach Seegen (68) für die Diagnose des Diabetes, namentlich im Anfang, von Bedeutung, wenn sie sich zu verschiedenen Tageszeiten und unter verschiedenen Ernährungsbedingungen bei wiederholt angestellten Proben nachweisen lassen.

Für die Feststellung der Form des Diabetes genügt nach Hirschfeld (78) nicht die einfache procentische Zuckerbestimmung des Harns, vielmehr muss die tägliche Gesammtzuckerausscheidung und die tägliche Gesammtzufuhr an Eiweiss

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

und Kohlehydraten bestimmt werden. Er schlägt vor, die Kranken 2 Tage lang eine nur aus Fleisch, Eiern und Weissbrod bestehende Diät geniessen zu lassen, weil sich auf diese Weise der Gehalt an Eiweiss und Kohlehydraten leicht berechnen lässt. Ferner soll der Patient während der Versuchstage aussergewöhnliche Muskelanstrengungen vermeiden, weil diese den Zuckerverbrauch vermehren. Wird gleichzeitig die Harnstoffausscheidung bestimmt, so weiss man auch, ob verminderte Resorption der zugeführten Nahrung vorliegt oder nicht.

17) *Klinische Formen des Diabetes.*

Die von Lancereaux gegebene Eintheilung: Diabetes der Mageren und der Fetten vertritt Boix (15), indem er auf Grund von Krankengeschichten die klinischen Eigenthümlichkeiten dieser beiden Formen einander gegenüber stellt. Die fetten Diabetiker bleiben unverändert, bewahren lange Zeit ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten und sterben nicht an Diabetes, sondern an irgend einer anderen Krankheit. Die mageren Diabetiker dagegen verlieren in kurzer Zeit alle ihre Kräfte und einen sehr grossen Theil ihres Körpergewichtes und sterben im Koma oder an Lungengangrän. Jede Behandlung ist gegen den raschen ungünstigen Verlauf machtlos. Beide Formen sind ganz verschiedene Krankheiten, die nur ein Symptom gemeinsam haben, die Glykosurie.

Die erstere der beiden Krankheiten beruht immer auf einer tiefgehenden Läsion des Pankreas, die andere ist constitutionell, hängt in hohem Grade vom Nervensystem ab, gegen dessen Störungen auch die Behandlung hauptsächlich zu richten ist.

Auf einem ganz entgegengesetzten Standpunkt steht Mayer (3), der nicht einmal die Eintheilung Seegen's in die leichte und schwere Form gelten lässt. Er behauptet den Uebergang der leichten in die schwere Form so häufig gesehen zu haben, dass er ihn als Regel ansehen muss, und hält deshalb eine Eintheilung in Stadien als den Thatsachen entsprechender.

Ein bemerkenswerthes Beispiel von Uebergang der leichten in die schwere Form theilt Harley (49) mit. Der Kr. litt 4 Jahre lang an Diabetes, der in jedem Jahre durch eine Karlsbader Kur ausserordentlich gebessert wurde. Im 5. Jahre nützte diese Kur gar nichts, der Kr. magerte ab und starb bald. Die Autopsie ergab Carcinom des Pankreas.

18) *Herzerkrankungen.*

Die relative Häufigkeit von Herzerkrankungen bei Diabetes betont Meyer (3). Unter 90 neueren Fällen von Diabetes hat er 24mal Herzveränderungen nachweisen können. Schmitz (79) bezeichnet die Insufficienz des Herzens in Folge von Muskeldegeneration, die besonders bei längerer Dauer der Glykosämie eintritt, als eine wichtige Complikation. Ihre klinischen Erscheinungen sind cyanotisches Aussehen, Schwindel, Mattigkeit, Kurzathmigkeit, Herzklopfen, kleiner weicher, wohl auch aussetzender, meist beschleunigter Puls. Der Herzstoss ist kaum sichtbar, der rechte Ventrikel dilatirt, der erste Ton an der Spitze dumpf und undeutlich. Jede Ueberanstrengung schliesst die Gefahr der Herzparalyse in sich, die ganz akut auftreten und zum plötzlichen Tode führen kann.

Die Kranken können auch in Folge immer mangelhafter werdender Decarbonisation des Blutes im Koma an CO_2-Vergiftung sterben. Absolute Ruhe in horizontaler Körperlage und energische Herzreizmittel bilden die Therapie der drohenden Herzparalyse. Im Uebrigen empfiehlt Sch. am meisten gegen die Herzschwäche Gebirgsaufenthalt und widerräth alle Brunnenkuren.

19) *Nervenerkrankungen bei Diabetes.*

Nach Vergely's (91) Beobachtungen sind die nervösen Sensibilitätstörungen an der Peripherie bei Diabetes häufig; vorherrschend sind Schmerzen, Analgesien und Störungen des Temperatursinns. Bei einer Anzahl von Diabetikern findet man Thermodysästhesie, Thermohypästhesie und Verlangsamung der thermischen Perception. Die Thermodysästhesie kann sich bei Kranken zeigen, die sonst keine anderen Sensibilitätstörungen darbieten. In einem Falle war der Kranke analgetisch, thermoanästhetisch und zeigte die reinste syringomyelitische Dissociation.

Zur Illustration des Gesagten theilt V. 6 Fälle mit nervösen Störungen mit.

1. Fall: Nachts Krämpfe in den Beinen und ein längs der Waden bis zu den Zehen absteigendes leichtes Berührungsgefühl, Kitzeln der Fusssohle wurde kaum wahrgenommen, desgleichen tiefes Einstechen einer Nadel an den Zehen, während leichte Berührungen an denselben empfunden wurden. Gleichzeitig zeigten die Zehen oft Asphyxie, wurden blass und unempfindlich.

2. Fall: Hyperästhesie der Haut des Bauches und des Thorax bis zum 3. Intercostalraum, neuralgische Schmerzen in den 4 untersten Intercostalnerven und in der Wirbelsäule, die längs der Schenkel bis zu den Zehen ausstrahlten und mit Steifigkeit in den Beinen verbunden waren. An den Armen Verlangsamung der Perception von Berührungseindrücken um 5 Sekunden. In den Grenzen von 40—60° C. empfand der Kr. keine Temperaturunterschiede mehr, und die Perception der Wärmeempfindung war um 7 Sekunden verlangsamt.

3. Fall: Auf dem Fussrücken wurden Stiche lebhafter gefühlt als an den Zehenspitzen, ein kalter Gegenstand wurde auf dem Fussrücken weniger gefühlt als an der Zehenpulpa, ein heisser Gegenstand dagegen lebhafter auf dem Fussrücken, während er an den Zehenspitzen kaum wahrgenommen wurde.

4. Fall: Mässige Wärme wurde nicht gefühlt an den Fingern, in der Hohlhand, an den Zehen und Sohlen. Ein sehr heisser Gegenstand erweckte an der Sohle Kältegefühl.

5. Fall: An den ersten beiden Zehen beider Füsse wurden Nadelstiche nicht von Berührungen mit dem Nadelkopf unterschieden, auch wurden Wärme und Kälte verwechselt.

6. Fall: Hypästhesie, Analgesie, Thermoanästhesie, Schmerzen in den Beinen und Fehlen der Patellarreflexe.

Diese Störungen beruhen nicht immer auf Neuritis. Wie Pitres u. A. gezeigt haben, findet man post mortem Neuritiden, wo im Leben keine entsprechende Störung vorhanden war, und vermisst

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

sie gelegentlich, wo man im Leben vorhandene Störungen darauf beziehen zu müssen glaubte.

Einen Fall von Diabetes mit vielfachen nervösen Störungen theilt Chauffard (90) mit.

Bei einem 48jähr. Mann mit frischem Diabetes traten parallel der Entwicklung dieser Krankheit folgende Störungen auf: Migräne, linkseitige Intercostalschmerzen, Anfälle von Schlafsucht (Gélineau's Narkolepsie), Rückenschmerzen mit Gürtelschmerzen, beiderseitige Ischias, schwerfälliger, leicht incoordinirter Gang, leichte Incoordination der Arme, Romberg'sches Zeichen und Fehlen der Patellarreflexe. Nach 3monatiger antidiabetischer Behandlung waren diese Symptome bis auf das Romberg'sche Zeichen und das Fehlen der Patellarreflexe verschwunden.

20) *Augenerkrankungen.*

Seggel (21) scheidet mit Hirschberg die bei Diabetes vorkommenden Retinaerkrankungen in 2 Formen, die Retinitis centralis punctata diabetic. und die Retinitis haemorrhagic. diabetica.

Der centrale Lichtsinn ist bei diesen Formen nicht herabgesetzt, es ist sogar besonders charakteristisch für beide, dass Buchstaben auf grauem Grund besser, als auf weissem gelesen werden. Die Störung der centralen Sehschärfe in Verbindung mit dem Augenspiegelbefund der Retinitis punctata genügen nach S. schon zur Stellung der Diagnose des Diabetes.

Nur eine seltene, von Mooren bei Arthritikern beobachtete Netzhautentzündung (Retinitis punctata albescens) hat Aehnlichkeit mit der diabetischen. Charakteristisch für die diabetische Retinitis ist auch das Lebensalter (40. bis 65. Lebensjahr). Im Beginne der Erkrankung, wo ophthalmoskopische Veränderungen noch fehlen, sind ein eigenthümliches Flimmern, als wenn Nebel aufstiege, und Störungen des feineren Sehens, z. B. beim Lesen, sehr kennzeichnend. Die Sehnervenpapille bleibt bei der diabetischen Retinitis immer frei und diese unterscheidet sich dadurch von der albuminurischen, desgleichen findet sich auch nicht, wie bei dieser, eine ausgedehnte Trübung der Retina. Allerdings können, wenn Nephritis zum Diabetes hinzutritt, die albuminurische und die diabetische Retinitis neben einander bestehen. Die hämorrhagische Retinitis diabetica beruht auf Sklerose der Blutgefässe und ist viel weniger charakteristisch. Die Hämorrhagien der Retina sind gleichzeitig die Ursache der diabetischen Glaskörpertrübungen.

21) *Coma diabeticum.*

Roque, Devie und Hugounenq (38) berichten über ihre genauen Untersuchungen in einem Falle von Coma diabeticum, der tödtlich endete.

Bei der Sektion fand sich ausser chronischer ulceröser Pneumonie in Leber, Pankreas und Nieren diejenige histologische Veränderung, die Weigert als Coagulationsnekrose beschrieben hat. Während des Koma hatte man dem Kranken 300 g Blut durch Aderlass entnommen und in sterilisirten Gläsern aufgefangen. Gauthier hat die mittlere Alkalescenz des Blutes, mit Schwefelsäure gemessen, auf 0.886 g pro Liter angegeben. In diesem Blute fand sich eine Alkalescenz von 0.484 g pro Liter. Sie war also um die Hälfte gesunken. Um dieses Blut auf die mittlere Alkalescenz zu bringen, war ein Zusatz von 0.000637 g Natr. bicarbonic. pro 1 ccm nöthig.

Es wurde nun einem Kaninchen von 1.98 kg Gewicht Serum des Diabetikerblutes injicirt. Während das Thier vorher 39.1° C. Temperatur und 34 Respiration dargeboten hatte, stieg die Respiration nach Injektion von 3 ccm Serum auf 80, nach 6 ccm auf 120. Nach Injektion von 8 ccm starb das Thier unter tetanischen Convulsionen. Die Temperatur betrug in diesem Moment 38.7°. Das Serum des Diabetikerblutes war also enorm toxisch. Einem anderen Kaninchen von demselben Körpergewicht wurde nun Serum von demselben Diabetikerblut injicirt, nachdem es zuvor durch Zusatz von Natr. bicarbonic. auf die mittlere Alkalescenz gebracht worden war. Hier trat der Tod erst ein, als im Laufe von 15 Minuten 23 ccm injicirt worden waren. Die Respiration war dabei nicht über 52 gestiegen, die Convulsionen waren wenig ausgeprägt und die Temperatur betrug beim Tode 39.3° C. Es genügte also, das Blut auf seine normale Alkalescenz zu setzen, um seine Toxicität um $^2/_3$ zu verringern.

Zweifellos spielt also die Verminderung der Blutalkalescenz in der Pathogenese des diabetischen Koma eine Rolle, aber nicht die alleinige, da das Blut auch nach der Neutralisation noch erhebliche Giftigkeit zeigt.

Der während des Koma aufgesammelte Harn enthielt Zucker, 4 g Harnstoff pro Liter, Aceton, aber keine Spur von Oxybuttersäure. Im Blute war eine Säure anwesend, die die Ebene des polarisirten Lichtes nach links drehte, aber nicht Oxybuttersäure war. Ihre Natur liess sich nicht genauer bestimmen, weil nicht genug Blut dazu zur Verfügung stand.

Die Vff. sind der Meinung, dass das Koma die Folge der Anhäufung der durch unvollständige Verbrennung des Zuckers entstandenen Produkte im Blute sei (Milchsäure, Oxybuttersäure, Acetessigsäure, Aceton und vielleicht noch andere unbekannte Säuren). Dieselben wirken 1) durch die Verminderung der Blutalkalescenz und 2) durch die ihnen eigenen toxischen Eigenschaften.

Auf Grund dieser Untersuchungsergebnisse rathen die Vff. trotz der bisherigen praktischen Misserfolge beim Koma immer wieder zu erneuten Versuchen mit intravenöser Injektion von Natronbicarbonat.

Auch Kirstein (1) empfiehlt intravenöse Injektion von Alkalien, speciell eine 3—5proc. Auflösung von Soda in physiologischer Kochsalzlösung. Prophylaktisch räth er zur Darreichung von Alkalien und zum Aufgeben der strengen Fleischdiät, wenn gesteigerte Säureausscheidung oder, was dasselbe besagt, gesteigerte Ammoniakausscheidung auftritt. Die quantitative Ammoniakbestimmung im Urin führt zur Diagnose der gesteigerten Säureausfuhr.

In einem Falle von schwerem diabetischen Koma führte Köttnitz (19) die intravenöse Infusion nach Stadelmann's Vorschrift aus (auf 1 Liter physiologischer Kochsalzlösung 30 g Natr. bicarbonic. und 42 g Natr. carbonic. pur.). Nach Infusion von $^1/_2$ Liter trat Besserung ein, dauerte aber nur 15 Minuten an; nach 5 Stunden starb der Kranke.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Schmitz (79) hält das Koma für eine Vergiftung mit Fäulnissprodukten des stagnirenden Darminhalts und empfiehlt deshalb energische Reinigung des Darms mittels Ricinusöl, eventuell Calomel und Jalappe.

22) *Prognose.*

Ebstein (80) bezeichnet die Prognose bei den mageren Diabetikern im Allgemeinen als ernster gegenüber den fetten. Je besser der Ernährungzustand, je frühzeitiger die entsprechende Behandlung eintritt, je günstiger die äusseren Lebensverhältnisse sind, um so länger wird die Krankheit ertragen. Auch das Lebensalter ist von Einfluss auf die Prognose. Patienten in höherem Lebensalter, insbesondere solche mit gichtischer Anlage oder entwickelter Gelenkgicht, widerstehen dem Diabetes länger und besser als Leute, bei denen die Krankheit in der Jugend begann und die psychopathisch belastet sind. Ausserdem ist jeder einzelne Fall um so günstiger zu beurtheilen, je rascher es gelingt, durch Ausschaltung der Kohlehydrate aus der Nahrung den Harn zuckerfrei zu machen.

Ungefähr die nämlichen Gesichtspunkte stellt auch Schmitz (79) für die Prognose des Diabetes auf. Wenn daneben Polysarcie besteht, so stellt er die Prognose nicht so günstig, wie bei den Arthritikern, schon wegen der erstere häufig begleitenden Herz- und Arterienerkrankungen. Als sehr ungünstig bezeichnet er die Prognose in den Fällen, in denen die antidiabetische Diät nicht befolgt wird oder nicht befolgt werden kann, wie z. B. in den ersten Lebensjahren, und ferner da, wo eine streng animalische Diät den Zucker nicht ganz oder wenigstens nicht fast ganz zum Schwinden bringt. Wenn bei schon länger bestehender Glykosurie sich schwerere Ernährungstörungen nicht geltend machen, so ist die Vorhersage quoad vitam günstig, ungünstig aber, wenn der Ernährungzustand fortdauernd sinkt. Albuminurie, sofern sie nicht auf Arteriosklerose, allgemeiner Tuberkulose, Nephritis oder Herzfehlern beruht, verschlechtert die Prognose nach Schm. nicht; auch die absolute Höhe der Zuckerausscheidung ist nicht direkt bestimmend. Das Auftreten von Aceton und Acetessigsäure giebt nicht unbedingt eine schlechte Prognose quoad vitam, wenn es nur ab und zu und in kleinen Mengen erfolgt und wenn das Allgemeinbefinden gut ist. Ist aber schon Kräfteverfall eingetreten, der schnelle Fortschritte macht, so zeigen Aceton und Acetessigsäure das bevorstehende Ende an. Während Ebstein (80) und Andere, z. B. Mayer (3), nur von relativen Heilungen des Diabetes sprechen, glaubt Schm. an vollständige Heilungen. Sie kommen aber nur dann zu Stande, wenn die Glykosurie sehr bald entdeckt und sofort behandelt wird. Unter seinen 2700 Fällen hat er nur 3 Fälle, in denen die Glykosurie spätestens 5—8 Tage nach ihrem Auftreten entdeckt und rationell behandelt wurde. Diese 3 Kranken sind seit 20, bez. 18, bez. 7 Jahren absolut zuckerfrei.

23) *Therapie.*

Wie die Geschichte der Therapie der Zuckerkrankheit (80) zeigt, trat schon frühzeitig die medikamentöse Behandlung hinter der diätetischen vollkommen zurück, und die Nothwendigkeit, die gesammte Lebensweise zu regeln, wurde relativ rasch gewürdigt. Auch von der Unmöglichkeit der Durchführung einer rein animalischen Diät auf längere Zeit überzeugte man sich bald. Darin stimmen auch jetzt alle Autoren überein, dass das Vorschreiben einer zweckmässigen Diät der Hauptfaktor der ganzen Behandlung ist. Nur über die Einzelheiten der Diät gehen die Ansichten noch mehrfach auseinander. Ebstein, der die ganze Frage sehr eingehend behandelt (80), führt etwa Folgendes aus.

Die allgemeinen Grundsätze, welche für die Ernährung der Zuckerkranken gelten, dürfen nie schablonenmässig durchgeführt werden, sondern streng individualisirend. Von grosser Wichtigkeit ist es, die Kranken so früh als möglich der ihnen zukommenden Diät zu unterwerfen und deshalb solche Individuen, die durch familiäre Anlage zu Diabetes disponirt sind, genau zu überwachen, um die Behandlung sofort nach Eintreten der ersten Krankheitserscheinungen beginnen zu können.

Der Zweck der Diät darf nicht ausschliesslich darauf gerichtet sein, den Harn zuckerfrei zu machen. Das wäre schablonenhaft. Eine zu stärkemehlhaltige Kost ist freilich für alle Diabetiker unzulässig, aber der Grad der Einschränkung der Kohlehydrate muss streng den individuellen Verhältnissen angepasst werden. Wenn in dieser Frage auch noch nicht Alles gelöst ist, so haben wir doch schon jetzt gewisse Regeln, nach denen man sich richten kann.

Die plötzliche Entziehung aller Amylaceen ist oft von sehr nachtheiligen Folgen. Bei einem 59jähr., an schwerem Diabetes leidenden Mann schloss sich an eine solche sofort Koma an. Als die frühere gemischte Diät wieder gereicht wurde, schwand das Koma und mit ihm die während desselben im Urin ausgeschiedene Acetessigsäure. Das Auftreten dieser Säure hängt zweifellos mit der Diätänderung zusammen und muss, wo es sich nach einer solchen zeigt, zur Vorsicht in ihrer Fortsetzung mahnen. Man thut deshalb gut, Diabetikern, die Acetessigsäure mit dem Harn ausscheiden, die Amylaceen nie plötzlich zu entziehen, und wenn sich nach Einleitung einer antidiabetischen Diät stärkere Eisenchloridreaktion des Harns entwickelt, von dieser Diät zunächst wieder Abstand zu nehmen. Nicht nur bei einer absoluten Fleischdiät, sondern auch schon bei einer, im Verhältniss zur bisherigen Ernährungsweise relativ hohen Fleischportion neben reichlichem Fett kann bei sehr abgemagerten Diabetikern Koma eintreten.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Reichliche Getränkezufuhr und eiweissärmere Kost werden in solchem Falle die drohende Lebensgefahr oft beseitigen, thun es aber nicht immer. Auch weinartiger Geruch des Harns und Acetongeruch der Exspirationsluft oder Acetongehalt des Harns mahnen zur gleichen Vorsicht, wie das Erscheinen der Acetessigsäure. Auf diese beiden Substanzen müsste der Harn vor und während der Einleitung einer strengeren Diät immer geprüft werden. Nun kann es aber kommen, dass zwar diese beiden Substanzen nicht im Harn enthalten sind, wohl aber die Muttersubstanz, aus der sie sich bilden, die Oxybuttersäure, deren Nachweis dem Praktiker nicht möglich ist. Auch dann schliesst die plötzliche Diätänderung Gefahren in sich. Der Praktiker wird deshalb bei jedem schlechtgenährten Diabetiker mit der Aenderung der Diät vorsichtig und nur tastend vorgehen müssen, um Koma zu vermeiden.

Wie schon beim Gesunden (nach Voit) bei Verminderung der stickstofffreien Nahrungstoffe trotz gleichzeitiger Vermehrung der Eiweisszufuhr nicht nur Verlust an Körperfett, sondern auch an Körpereiweiss eintritt, so ist das bei Diabetikern, namentlich abgemagerten, erst recht der Fall und führt leicht zu schwerer Inanition, die für den Diabetiker das Schlimmste ist. Selbst bei fettleibigen und muskelkräftigen Diabetikern, die an der leichten Form leiden, vermeidet man besser eine völlige Ausschliessung der stickstofffreien Nahrung. Die nach absoluter Fleischdiät gelegentlich auftretende Albuminurie gehört auch zu den unliebsamen Symptomen. In leichten Fällen von Diabetes kann man ja auch ohne absolute Fleischdiät den Zucker gänzlich aus dem Urin verschwinden machen, wenn auch etwas langsamer, namentlich wenn man gleichzeitig Muskelübungen anstellen und Karlsbader Wasser oder salicylsaures Natron nehmen lässt. Ausserdem lässt sich eine so strenge Diät in der Privatpraxis gar nicht, im Krankenhause auch nicht sicher durchführen, weil die Kranken einfach nicht folgen. Und da der Zuckergehalt des Urins nicht die höchste Gefahr für den Diabetiker darstellt, so ist es sicher gerechtfertigt, ein Regime, welches andere grössere Gefahren vermeidet, den Zucker aber langsamer oder unvollständig aus dem Harn verschwinden macht, dem Regime vorzuziehen, welches zwar den Harn rascher zuckerfrei macht, dafür aber das Leben in Gefahr bringt.

Der gesteigerte Eiweisszerfall ist ein viel böseres Symptom, als eine starke Zuckerausscheidung allein. Je länger man einen solchen hintanhalten kann, desto besser ist im Allgemeinen die Prognose. Eine absolute Fleischdiät arbeitet dieser Aufgabe geradezu entgegen. Trotzdem sollen die Kohlehydrate, so weit, als es ohne Gefahr für den Kranken geschehen kann, beschränkt und möglichst ausgeschlossen werden. Dieser Forderung entspricht am meisten die Cantani'sche Vorschrift, die neben einem angemessenen Eiweissquantum eine entsprechende Menge thierischen Fettes statt der Kohlehydrate geniessen lässt. Aber praktisch stösst die strenge und andauernde Durchführung dieser Diät auf unüberwindliche Schwierigkeiten.

Die als zweckentsprechend erprobte Diät muss, wenn auch mit geringen Modifikationen, während des ganzen Lebens eingehalten werden, denn der Diabetes ist nur eine relativ heilbare Krankheit. In den günstigsten Fällen wird immerhin die Disposition zu erneuter Erkrankung zurückbehalten, und deshalb müssen auch die geheilten Diabetiker möglichst die für sie erprobte Diät beibehalten. Zur Durchführung der zweckmässigen Diät sind verständige und willfährige Kranke nöthig, mit Zwang erreicht man nichts, wenigstens nicht für die Dauer. Deshalb soll man Jedem die nicht absolut nothwendigen Entsagungen ersparen. Bei dem Streben nach Individualisirung hat man nicht nur der Eigenart der Krankheit, sondern auch dem Lebensalter, den Neigungen und Lebensgewohnheiten möglichst Rechnung zu tragen. Während für die Italiener die Cantani'sche Diät zweckmässig ist, entspricht den norddeutschen Verhältnissen mutatis mutandis am besten die Ebstein'sche Diät für Fettleibige. Sowohl alles „zuviel", als auch Hungerkuren sind verwerflich. Es ist falsch, einen strengen Unterschied zwischen erlaubten und unerlaubten Nahrungsmitteln zu machen, vielmehr muss die Quantität bestimmt werden, in der die einzelnen Dinge genossen werden dürfen. Auch in den Eiweisskörpern muss das richtige Maass gehalten werden.

Unter den eiweisshaltigen Nahrungsmitteln spielt das Fleisch die Hauptrolle. Alle Fleischsorten und Fische sind zu gestatten, ausserdem aber auch Eier und Käse. Was die maximale Menge des täglich zu geniessenden Eiweisses betrifft, so dürften 127 g vollständig genügen. Dies entspricht etwa 700 g rohen mageren Ochsenfleisches. Doch ist es zweckmässig, einen Theil der täglichen Eiweissmenge in Form von Pflanzeneiweiss zu verabreichen.

Die Kohlehydrate kann man im Allgemeinen um so schneller und energischer entziehen, je leichter der Diabetes ist; bei schweren Formen ist besondere Vorsicht nöthig.

Man soll sich nie auf eine lediglich stickstoffhaltige Diät beschränken. Die Auswahl der stickstofffreien Speisen muss so getroffen werden, dass sie wohlschmeckend sind, die einzelnen Nahrungstoffe in der richtigen Mischung enthalten und vom Darm gut resorbirt werden. Die Fette spielen für den Diabetiker unter den stickstofffreien Substanzen die Hauptrolle, da sie die Zuckerbildung in keiner Weise fördern. Am besten und längsten wird unter den Fetten gute Butter vertragen, danach Schinkenfett, weniger gut sind die fetten Oele. Einzelne Menschen vermögen grosse Fettmengen Jahre lang zu geniessen und zu verarbeiten. Zur

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Deckung des Kohlenstoffbedarfs genügen ausser dem im Eiweiss enthaltenen Kohlenstoff täglich 300 g Fett. Doch kann eine solche Fettmenge kaum längere Zeit ohne einen entsprechenden Fettträger genossen werden. Deshalb können kohlehydrathaltige Vegetabilien nicht ganz entbehrt werden. Bis zu 200 g Fett, einschliesslich des in den Eiern und im Käse enthaltenen, können die meisten Diabetiker vertragen und ausnützen. Die noch übrigen 100 g sollen durch kohlehydrathaltige Vegetabilien ersetzt werden. Hier sind besonders die Kohlarten und Salatkräuter empfehlenswerth. Doch muss Spinat von solchen, die Harnsäurediathese zeigen, vermieden werden.

Wegen ihrer eiweissparenden Wirkung und weil sie eine gewisse Abwechselung bringen, sind auch ab und zu Leimsubstanzen in der Kost zu verwerthen.

Das Brod kann man nicht vollständig entziehen, doch muss es in allen Fällen, mit Ausnahme derjenigen, in denen Koma droht, möglichst eingeschränkt werden. 100 g täglich ist das Maximum für leichtkranke Diabetiker. Man kann aber einzelne Diabetiker auch bald bis auf 50 g täglich einschränken. Unter den Ersatzmitteln leistet das Kleienbrod nichts, da es schlecht schmeckt, fast keinen Nährwerth hat und oft Verdauungstörungen verursacht. Besser sind schon die Kleien-Cakes. Das Mandelbrod, das aus Mandeln, Eiern und Butter hergestellt und nahezu kohlehydratfrei ist, ist auch kein Ersatz für Brod, kann aber als gelegentliches Genussmittel verwendet werden. Nicht besser steht es mit den anderweiten Brodsurrogaten, Sajobohnen, Buchweizen, Topinamburknollen u. dgl.

Da der Milchzucker nur von manchen Diabetikern assimilirt, von anderen theils als Traubenzucker, theils als Milchzucker ausgeschieden wird, ist die Milch in entsprechender Menge auch kein empfehlenswerthes Nahrungsmittel. Mannit, Lävulose und Inulin sollen vom Diabetiker verwerthet werden; aber man kennt bis jetzt noch kein Nahrungsmittel von praktischer Bedeutung, das grössere Mengen von diesen enthält. Das Kleberbrod, das nur aus Kleber besteht, also kohlehydratfrei ist, hat sich wegen seines unangenehmen Geschmacks nicht einbürgern können. Dagegen besitzen wir jetzt in dem von Dr. Hundhausen entdeckten und fabrikmässig hergestellten Aleuronat, das ein Pflanzeneiweiss ist, ein Präparat, aus dem man mit einem gewissen Mehlzusatz ein brauchbares Brod herstellen kann. Das Aleuronat[1]) hat eine fast völlig constante Zusammensetzung, es enthält 80% Eiweiss, 7% Kohlehydrate, 8.8% Wasser und etwas Cellulose und Salze. Aus Aleuronat und Weizenmehl lässt sich ein gutes Brod herstellen, welches in der Trockensubstanz 50—60% Eiweiss enthält. Nach Voit geniesst der Wohlhabende täglich 127 g Eiweiss, 80 g Fett und 362 g Kohlehydrate. Dieses Verhältniss lässt sich für den leichten Diabetiker auf folgende Weise herstellen. Er geniesst 300 g Ochsenfleisch, das entspricht 50 g Eiweiss, und 250 g des Aleuronatbrodes, das entspricht 80 g Eiweiss; damit hat er also 130 g Eiweiss aufgenommen, und zwar beinahe in dem Verhältniss wie beim Gesunden, der $^1/_3$ seines Eiweisses aus dem Thierreich und $^2/_3$ aus dem Pflanzenreich entnimmt. Diese 250 g Brod enthalten etwa 70 g Kohlehydrate und 30 g geniesst er ausserdem in den Gemüsen, das sind zusammen 100 g. Es fehlen also noch rund 250 g. Diese werden durch isodyname Mengen Fett ersetzt und dazu sind etwa 120 g nöthig. Dazu kommen noch die 80 g Fett nach Voit, macht also zusammen 200 g Fett. Damit hat der Diabetiker eine Nahrung, die der des Gesunden vollkommen gleichwerthig ist.

Was die Flüssigkeitzufuhr betrifft, so ist im Allgemeinen das jeweilige Bedürfniss zu befriedigen. Eine starke Einschränkung der Flüssigkeit setzt zwar zunächst die Zuckerausscheidung herab, nicht aber die Produktion. Der Zucker häuft sich eben im Körper an und bringt so nur Gefahren. Deshalb ist ein solches Vorgehen immer vom Uebel. Man soll aber auch nicht mehr Flüssigkeit gestatten, als gerade zur Stillung des Durstes nöthig ist. Wie im Essen soll auch im Trinken Maass gehalten werden.

Als Getränk genügt im Allgemeinen ein gutes Trinkwasser, doch empfehlen sich kohlensäurehaltige Wässer sehr, weil sie rascher resorbirt werden und auf den Magen einen wohlthuenden Reiz ausüben. Ausserdem kommen Thee und Kaffee in Betracht. Zum Süssen derselben kann allenfalls Saccharin verwendet werden; Saccharincacao ist nicht zu empfehlen. Der Alkohol kann beim Diabetiker, wie auch bei anderen Kranken unter Umständen als Reizmittel nothwendig werden, aber im Uebrigen soll sich der Diabetiker des Alkohols enthalten, weil er ihm noch mehr schadet als dem Gesunden, denn seine Gewebe sind weniger widerstandsfähig. Wird Alkohol als Reizmittel nöthig, so soll ein guter kräftiger Wein in kleinen Dosen gegeben werden. Bier soll der Diabetiker überhaupt nie trinken.

Zu vermeiden sind auch stark gesalzene und gewürzte Speisen, sowie oxalsäurehaltige Nahrungsmittel, namentlich bei gleichzeitiger harnsauer Diathese.

[1]) Das Aleuronat kann von der Fabrik von *R. Hundhausen* in Hamm in W. bezogen werden. Es ist ein feines Mehl, bei trockner Aufbewahrung von fast unbegrenzter Haltbarkeit. Es lässt sich als Zusatz zu allen möglichen Speisen gut verwenden, um deren Eiweissgehalt zu erhöhen, auch zur Bereitung von Saucen, Ragout, als Paniermehl u. s. w. Ebstein (96) giebt auch eine Anleitung zur Herstellung des Aleuronatbrodes im eigenen Hause. Ausserdem (73) liefert die Conditorei von *Cron u. Lanz* in Göttingen wohlschmeckende Aleuronatbrode von 30, 40 und 50% N-Gehalt in der Trockensubstanz.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Was die sonstige Lebensweise betrifft, so ist gute Hautpflege in Form lauwarmer Waschungen und Bäder nothwendig und von gutem Einfluss auf das Wohlbefinden. Kaltwasserproceduren sind zu widerrathen. Sehr zweckmässig ist das Tragen von Unterkleidern aus wollenen Tricotstoffen und nothwendig warme Bekleidung im Winter. Luftwechsel, Bewegung in frischer Luft und Muskelthätigkeit sind entschieden von gutem Einfluss, nur muss das Maass der Muskelarbeit dem Kräftezustand angepasst werden. In diesem Sinne sind auch die Bewegungskuren mittels schwedischer Heilgymnastik und Massage und die mechanische Behandlung nach Zander empfehlenswerth. Solche Bewegungskuren dienen auch der psychischen Behandlung. Der Diabetiker ist überhaupt gleichzeitig als Nervenkranker anzusehen und zu behandeln.

Schmitz (79) verbietet prophylaktisch den erblich Belasteten den zu reichlichen Zuckergenuss und empfiehlt regelmässige Harnuntersuchungen bei ihnen, damit eine eventuell auftretende Glykosurie rechtzeitig behandelt werden kann.

Bei bereits ausgebrochener Krankheit verordnet er eine ausschliesslich animalische Diät nur auf sehr kurze Zeit und nur in Fällen, in denen schon geringe Mengen von Kohlehydraten die Glykosurie erheblich steigern. Verschwindet bei strenger Diät der Zucker nicht bald ganz oder fast ganz, so hält Sch. den Kr. für unheilbar und steht von der strengen Diät ganz ab, sucht vielmehr den Patienten nur bei Appetit und Kräften zu erhalten. Verschwindet der Zucker aber, so werden vorsichtig unter fortwährender Controle der Zuckerausscheidung nach und nach kleine Mengen von Kohlehydraten der Diät zugefügt. Tritt wieder Erhöhung der Glykosurie ein, so werden sie wieder entzogen. Ehe dem Kranken wieder volle Freiheit in der Auswahl der Nahrung gestattet werden kann, muss sein Harn 2 Jahre lang ganz zuckerfrei geblieben sein. Was nun die Auswahl unter den kohlehydrathaltigen Speisen betrifft, so verbietet Sch. alle Früchte, die Milch, gestattet nur Rahm oder saure Milch, die 5—6 Tage alt ist. Die Gemüse, wie Schnittbohnen, Blumenkohl, Rosenkohl, Wirsingkohl, Spargel gestattet er im frischen Zustande in mässigen Mengen, verbietet sie aber als Conserven, weil sie dann zu viel Kohlehydrate enthalten. Er empfiehlt aus geriebenen rohen Kartoffeln, die durch Auspressen vom grössten Theil ihres Stärkemehls befreit sind, unter Zusatz von Eiern und zerriebenem Käse, gebackene Pfannkuchen und Klösse als Zukost zum Fleisch und zu Thee und Kaffee. Auch kleine Mengen von Mehl lässt er zu diesem Gebäck verwenden. In der Bouillonsuppe gestattet er etwas Reis, Gerste, Gries oder Nudeln und zur Bereitung der Gemüse und Saucen kleine Quantitäten Mehl. Von wässerigen Sorten der Kartoffeln lässt er 2mal täglich 50 g und von ganz frischen Kartoffeln 100 bis 200 g geniessen. Von Brod verabreicht er anfangs nur kleine Mengen, nach und nach, wenn es vertragen wird, ohne die Glykosurie zu steigern, mehr, bis zu 100—150 g täglich. Die fabrikmässig hergestellten Brodsurrogate verwirft er, ebenso die Leguminosen.

Von Getränken gestattet er Thee, Kaffee und Cacao; letzterem giebt er den Vorzug, verlangt aber, dass reines, nur aus gerösteten Cacaobohnen hergestelltes Mehl dazu verwendet wird. Von den Weinen empfiehlt er die Mosel- und Ahrweine und alten Bordeaux; Bier sieht er am liebsten ganz ausgeschlossen. Als besonders zweckmässig für Zuckerkranke bezeichnet Sch. den Leberthran oder das Lipanin. Den alkalischen Mineralwässern schreibt er einen ganz entschieden günstigen Einfluss zu, schliesst aber von den Brunnenkuren diejenigen Diabetiker aus, die erhebliche Herzschwäche oder Arteriosklerose zeigen. Die üblichen Medikamente hält er nicht nur für unnütz, sondern für direkt schädlich; nur vom salicylsauren Bismuth glaubt er einen günstigen Einfluss auf die Zuckerausscheidung beobachtet zu haben. Endlich empfiehlt er allen Diabetikern, deren Kräftezustand es gestattet, reichliche körperliche Bewegung und spricht sich für die Errichtung besonderer Sanatorien für Zuckerkranke aus.

Lecorché (92) unterscheidet vom therapeutischen Standpunkt aus 3 Formen von Diabetes: 1) die leichten Formen, die besonders häufig bei Arthritikern und Fettleibigen sind (täglich 50—100 g Zucker); 2) die schweren Formen mit täglich 100—300 g Zucker, 4—6 Litern Harn und 60—80 g Harnstoff; 3) die sehr schweren Formen mit 10 Litern Harn, 500—1000 g Zucker und 100 g und darüber Harnstoff.

Den Hauptfaktor der Behandlung bildet auch für L. die Diät, er verwirft aber die extremen Diätformen, besonders die Cantani'sche. Er verlangt eine gemischte Diät, in der nur je nach der Schwere des Falles das Verhältniss der zucker- und stärkemehlhaltigen Speisen vermindert werden soll, indem man sie möglichst durch Fette ersetzt. Gleichfalls verwirft er die ausschliessliche Milchdiät, verspart dieselbe nur für die Fälle von Diabetes mit Bright'scher Niere.

Zucker schliesst er ganz aus der Nahrung aus, ebenso Saccharin, da es leicht Verdauungstörungen hervorruft. Er setzt Glycerin dafür ein, namentlich zum Süssen des schwarzen Kaffees. Von Früchten verbietet er immer Kirschen, Weintrauben und Orangen, während er bei leichten Formen Birnen, Pfirsiche und Pflaumen gestattet. Die Brodsurrogate verwirft er ausnahmelos, nur das Ebstein'sche Aleuronatbrod hält er des Versuchs für werth. Dagegen verordnet er zu jeder Mahlzeit 40—50 g Brod, vorzugsweise Brodrinde. Die übrigen mehlhaltigen Speisen schliesst er aus, ersetzt aber das Brod ab und zu durch Kartoffeln. Alle grünen Gemüse und die Erd-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

birnen sind erlaubt. Saucen werden statt mit Mehl mit Eigelb und Sahne zubereitet. Alle Fleischsorten, alle Fettarten und Käse sind gestattet. Von Getränken sind das Bier, die süssen Weine und Champagner verboten. Wegen der Gefahr der Lebercirrhose müssen sich alle Diabetiker vor Excessen in alkoholischen Getränken hüten. Körperliche Arbeit und Bewegung in freier Luft ist allen Kräftigen zu empfehlen, nicht dagegen denen, die Neigung zu Abmagerung und Kachexie zeigen. In jedem Falle aber ist Uebermaass schädlich.

Die Medikamente scheidet L. in vollkommene und unvollkommene Antidiabetica. Die ersteren müssen folgenden Ansprüchen genügen, sie müssen die Zucker-, die Harnstoff- und die Harnmenge herabsetzen, das Volumen der Leber verringern, die Abmagerung verhindern und den Fettansatz begünstigen. Dieses leisten die Alkalien, die Opiate und das Arsen. Alle übrigen rechnet L. zu den unvollkommenen, die nur einige der aufgezählten Anforderungen erfüllen. Diese können als Adjuvantia gebraucht werden, nicht aber die Gesammtheit des diabetischen Processes bekämpfen.

Unter den Alkalien nimmt das Natron bicarbonicum die erste Stelle ein. „Dieses", sagt L., „muss man zuerst einem Diabetiker verordnen, bei dem man die Reaktion auf die Medikamente feststellen will." Es wirkt um so rascher und stärker, je leichter der Diabetes ist. Wenn es ganz ohne Einfluss bleibt, hat man es sicher mit einer schweren Form zu thun und bald ernste Complikationen zu gewärtigen. Man giebt davon täglich 4—6 g 2—4 Wochen lang. Die übrigen alkalischen Salze stehen dem Natron bicarbonicum an Wirksamkeit nach.

Das Opium betrachtet L. als ein ausgezeichnetes Antidiabeticum und verordnet es gewöhnlich neben den Alkalien, und zwar in Form des Extr. Opii 2mal täglich 0.025. Er giebt es mit Unterbrechungen, nicht continuirlich. Bei alten Leuten muss man vorsichtig damit sein, ganz contraindicirt ist es, wenn Acetonämie droht.

Auch dem Arsen schreibt L. eine Wirksamkeit bei Diabetes zu. Er giebt von der Sol. Fowleri täglich 15—20 Gtt. und lässt sie vor den Mahlzeiten nehmen, eine verschieden lange Zeit hindurch, je nach der Intensität des Diabetes, wenigstens 3 Wochen lang. Während des Arsengebrauchs empfiehlt sich auch ein Mineralwasser. Nach 3 bis 4 Wochen wird das Arsen zunächst ausgesetzt und nach einer gewissen Zeit wieder von Neuem gegeben. Das Arsen giebt besonders bei Anämischen und Geschwächten, namentlich bei Tuberkulösen gute Resultate.

Chéron (93) stellt einen ausführlichen Speisezettel für Diabetiker zusammen.

Suppen: Fette Suppen, Krautsuppen, Bouillon mit Ei, Zwiebelsuppe, Schnittlauchsuppe. (Mehlsuppen, Brodsuppen, Klebersuppe, Erbsensuppe und Milchsuppe sind nicht zu gestatten.)

Fleisch: Alle Fleischsorten, Fische, Weich- und Schalenthiere, Pökling, Oelsardinen, Schinkenfett. Butter, Caviar, Eier. Gelatine ist als Sparmittel nützlich. Die Saucen dürfen nicht mit Mehl oder Milch zubereitet werden.

Gemüse: Alle grünen Gemüse, die Salate, Spinat, Radieschen, die Kohlarten; die Wurzeln und Knollen sind kohlehydrathaltiger als Stengel und Blätter und deshalb nicht zuträglich. Die Erdbirne wird sehr gerühmt, scheint aber zu gewissen Jahreszeiten Rohrzucker zu enthalten. Die Knollen von Stachys enthalten Inulin und sind deshalb empfohlen worden. Das Mehl kann bei den verschiedenen Zubereitungsarten durch Aleuronat ersetzt werden.

Deserts: Nüsse, Oliven, Käse, Saccharincacao. Aepfel und Birnen sind nur vorsichtig zu verwenden. Bezüglich der Früchte muss die Empfindlichkeit des einzelnen Diabetikers berücksichtigt werden, überhaupt ist jedes Schematisiren verwerflich.

Hat man einen Diabetes diagnosticirt, bei dem der Allgemeinzustand nicht schlecht ist, so soll man ein milderes Regime eintreten lassen; man soll das Regime nie ohne Uebergang wechseln, vor Allem nie die Cantani'sche Diät unvermittelt verordnen, wegen der Gefahr des Koma.

Das strengere Regime hat nur den Zweck, die Glykosurie zu prüfen. Wenn man sie damit zum Verschwinden bringt, wird man es eine Zeit lang fortsetzen und dann die Empfindlichkeit des Kranken ausprobiren, um zu einer erträglichen und hinreichend abwechslungsreichen Ernährungsweise zu gelangen. Bringt das Regime den Zucker nicht ganz zum Schwinden, so lässt man es so lange streng einhalten, als der Kranke nicht abmagert. Wenn es aber gar keinen Einfluss auf die Zuckerausscheidung hat, ist es nicht weiter zulässig, vielmehr hat man den Kranken dann nur vor der Selbstconsumption zu bewahren. Gelingt es in einzelnen Fällen, den Zucker ganz zum Schwinden zu bringen, auch bei Genuss von Kohlehydraten, so ist es doch rathsam, von Zeit zu Zeit wieder das anfängliche Regime eintreten zu lassen.

Destrée (85) giebt beim uncomplicirten Diabetes zur Hebung der nutritiven Funktionen und des Stoffwechsels die kohlensauren Alkalien und bevorzugt dabei die Natronsalze.

In allen schweren Fällen schreibt Lenné (61) den alkalischen Wässern noch den besten Einfluss zu. Sie bringen zwar keine Heilung, führen aber eine gewisse Stabilität des Zustandes herbei und beseitigen die subjektiven Beschwerden.

Von neueren Medikamenten ist besonders das Syzygium jambolanum mehrfach versucht worden. Posner u. Epenstein (23) versuchten es an 3 Diabetikern, bei denen sie zuvor genaue Curven über die Intensität der Zuckerausscheidung aufgenommen hatten. In den ersten beiden Fällen liess sich nach Gaben von 12—30 g pro die eine Veränderung der Curve in dem Sinne beobachten, dass die Gipfel niedriger und zeitlich verschoben wurden. An der an sich schon sehr inconstanten Curve des dritten Falles liess sich kein sicherer Einfluss nachweisen. Ausserdem wurden im ersten Fall ein Herabgehen der täglichen Gesammtzucker-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

ausscheidung von 200—300 g auf durchschnittlich 120 g, der Harnmenge von circa 4300 g auf 3200 g und eine Zunahme des Körpergewichts von 59.5 auf 62.5 kg, sowie eine bedeutende Besserung der subjektiven Beschwerden festgestellt. Im 2. Fall machte sich nur eine Besserung des subjektiven Befindens geltend, im 3. Fall auch noch ein gewisser Einfluss auf Zucker- und Harnausscheidung und eine geringe Zunahme des Körpergewichts. Die ersten beiden Kranken vertrugen das Mittel immer gut, der dritte bekam bei grösseren Dosen Diarrhöe, so dass die Tagesdosis nicht über 15 g erhöht werden konnte.

Gerlach (59) konnte in 2 Fällen leichter Form des Diabetes so gut wie gar keinen Einfluss des Syzygium auf die Zuckerausscheidung beobachten, er glaubt allerdings, dass die Ursache dafür in dem Umstande zu suchen sei, dass er nur die Semina Syzyg. jambul. anwendete, während von Anderen das Extrakt der ganzen Frucht gegeben wurde.

In der Extraktform versuchte das Mittel z. B. Beuner (81) an 4 Diabetikern. Er gab täglich bis zu 5mal 15 ccm und kam zu dem Resultat, dass es den anderen bisher bei Diabetes üblichen Medikamenten gegenüber keinen besonderen Vortheil bietet und manchmal ganz im Stich lässt.

Hildebrandt (63), der auf experimentellem Wege die Einwirkung des Syzygium jambul. auf die zuckerbildenden Fermente untersuchte, fand, dass der wässrige Auszug der Droge einen schwächenden Einfluss auf pflanzliche Diastase und auf die saccharificirenden Fermente des Blutserum, des Speichels und des Pankreassaftes hat, und dass er die hemmende Wirkung, die Pankreasextrakt auf den durch Diastase hervorgerufenen Saccharifikationsprocess hat, noch vermehrt. Er spricht deshalb die Vermuthung aus, dass das Syzygium beim Diabetes im Magendarmkanal die Saccharificirung der Amylaceen und in den Geweben diejenige des Glykogens beschränken könnte.

Vom Benzosol (Benzoyl-Guajacol) berichtet Piatkowski (69), der 8 Kr. damit behandelte (täglich 1.5—3.0 g), Günstiges. Er sah eine bedeutendere Verminderung der Zuckerausscheidung bei Fleischdiät mit Benzosolgebrauch als bei blosser Fleischdiät, bei gleichzeitiger Hebung der Ernährung und des Kräftezustandes. Unangenehme Nebenwirkungen traten nicht zu Tage. Lius (98), der dasselbe Medikament in 2 Fällen versuchte, kam im Gegentheil zu dem Resultat, dass die Harn- und Zuckerausscheidung unter dem Einfluss des Benzosol eher etwas stieg und das Körpergewicht sank.

Weil (76) behandelte Diabetiker, die gleichzeitig unter einem mässig strengen Fleischregime standen, mit Heidelbeerkrautextrakt in Form der Pilul. Myrtilli Jasper, deren jede 1 g der getrockneten Blätter entspricht. Er begann mit 3mal täglich 1 Pille, stieg bis auf 3mal täglich 5 Pillen und gab diese Dosis eine längere Zeit fort. Der Erfolg war ein stetes Sinken der Zuckerausscheidung, in einigen Fällen bis auf 0. Man kann die Dosis auch noch weiter erhöhen, wenn man mit 15 Pillen kein nennenswerthes Resultat erzielt. Controlversuche mit blosser Diät ohne Pillen ergaben stets wieder ein Ansteigen der Zuckerausscheidung. Während des Gebrauchs der Pillen darf der Zuckergehalt des Harns nicht mit *Fehling*'scher Lösung bestimmt werden, da aus den Pillen reducirende Substanzen in den Harn übergehen.

Die günstigen Resultate, welche in einer Reihe von Fällen bei Diabetes mit der Carbol- und Salicylsäure gewonnen wurden, veranlassten Nicolaier (94), Versuche mit Salol zu machen, welches im Darm unter Einfluss des Pankreassaftes in seine Componenten Carbol- und Salicylsäure zerlegt wird. Unter 7 Kr., die der Behandlung mit 3mal täglich 2.0 Salol bei gemischter Diät unterzogen wurden, zeigten 3 gar keine Veränderung der Zuckerausscheidung, während antidiabetische Diät in einem dieser Fälle die Zuckerausscheidung verminderte, in einem anderen zum Schwinden brachte. In 3 weiteren Fällen zeigte sich ein günstiger Einfluss des Salol deutlich und blieb auch nach dem Aussetzen des Mittels noch bestehen, doch vermochte in jedem dieser 3 Fälle auch blosse antidiabetische Diät den Zuckergehalt des Harns bis auf geringe Mengen zu mindern. Im letzten Falle war nur eine vorübergehende und unvollkommene Einwirkung vorhanden.

Im Gegensatz zu anderen Autoren, die unsichere oder direkt negative Resultate erzielten, sah Battistini (95) von der hypodermatischen Anwendung des durch Maceration mit Glycerin oder physiologischer Kochsalzlösung aus dem Pankreas vom Kalb oder Schaf gewonnenen Extraktes in 2 Fällen von Diabetes günstige Erfolge. Die Versuche wurden bei gemischter Diät ausgeführt, während die Patienten lange Zeit vorher einer animalischen Diät unterstanden hatten, welche die Zuckerausscheidung zwar vermindert, aber nicht völlig beseitigt hatte. Im ersten Falle sank die tägliche Zuckermenge während der Injektionen mit Pankreassaft von 110 g auf 12.2 g. Aehnlich war das Verhältniss im 2. Falle. Merkwürdiger Weise nahmen die Harnmengen nicht in demselben Maasse ab, sondern erhöhten sich noch etwas, auch das specifische Gewicht blieb ein ziemlich hohes, ohne dass die Ursache davon aufgedeckt werden konnte. B. betont, dass grosse und in kurzen Zeiträumen zu wiederholende Dosen injicirt werden müssen, vermag aber Genaues über die Höhe der Dosen noch nicht zu sagen.

Bei Complikation des Diabetes mit Herzerkrankungen empfiehlt Mayer (3) maassvolle körperliche Bewegung, Massage und vorsichtige Heilgymnastik und warnt vor sexuellen Excessen, sowie vor Uebermaass im Alkohol- und Tabaksgenuss. Bezüglich der Diät ist er nicht für eine absolute Fleischdiät, weil er sie in ursächliche Beziehungen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

zur diabetischen Albuminurie bringen zu müssen glaubt, sondern empfiehlt, einen möglichst grossen Theil der Fleischnahrung durch isodyname Fettmengen zu ersetzen und gleichzeitig 80—120 g Kohlehydrate zu gestatten.

Bei der senilen Gangrän der unteren Extremität bei Diabetikern empfiehlt Heidenhain (18) exspektatives Verhalten, so lange sich die Gangrän auf 1 oder 2 Zehen beschränkt. Sobald die Gangrän auf den Fussrücken oder die Sohle übergreift, soll man am Oberschenkel über den Condylen amputiren, selbst wenn der Kranke nicht fiebert. Schon das blosse Weiterschreiten der Gangrän indicirt die hohe Amputation. Wenn schon Eiterung und Fieber eingetreten sind, so wird die Prognose ungünstiger. Bei Amputation unter dem Knie wurde fast ausnahmelos Gangrän der Amputationswunde beobachtet.

VI. Neuere Arbeiten über die traumatischen Neurosen.[1])

Von Dr. L. Bruns in Hannover.

B. Casuistik.

7) Goetz, Ed., Contracture hystéro-traumatique de la main gauche. Revue méd. de la Suisse rom. XIII. 5. p. 307. 1893.

8) Pel, P. K., Ein merkwürdiger Fall einer traumatischen hysterischen Neurose. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 24. 1893.

9) Wichmann, Ralf, Männliche traumatische Hysterie. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. Nr. 1. 1894.

10) Zöller, Ein Fall von hysterischer brachialer Monoplegie nach Trauma. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte Nov. 1893.

11) Borkling, A., Zur Symptomatologie der traumatischen Neurosen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. Nr. 2. 1894. Unklarer Fall.

12) Drobner, Herm., Eisenbahn-Psychosen und -Neurosen. Wien. med. Presse XXXIV. 12. 13. 14. 16. 1893.

13) Friedmann, M., Weiteres über den vasomotorischen Symptomencomplex nach Trauma. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 20. 21. 22. 1893.

Kleinere casuistische Mittheilungen über die traumatischen Neurosen hat das vergangene Jahr nur wenige gebracht, offenbar aus dem guten Grunde, dass sie kaum mehr etwas Neues bieten können. Auch diesmal überwiegen die Mittheilungen über typische traumatische Hysterie, obwohl diese nach der Ansicht einer ganzen Anzahl oben citirter Autoren selten sein soll. Diese merkwürdigen Fälle scheinen den Autoren publikationswürdiger zu sein.

Goetz (7) theilt einen Fall von hysterotraumatischer Contraktur der linken Hand mit. Der Pat. hatte schon früher an deutlichen Zeichen der Hysterie, z. B. an Aphonie, gelitten. 10 Tage nach einer Verletzung der linken Palma manus durch einen Nagel zeigten sich starke Beugecontraktur der Finger und Anästhesie bis über das Handgelenk. Sonstige hysterische Stigmata fand man nicht. Unter einer im Ganzen indifferenten Behandlung verlor sich dann allmählich die Contraktur, nun trat aber eine typische hysterische schlaffe Lähmung des linken Armes auf mit totalem Verluste der Sensibilität, auch des Lagegefühles. Allmählich trat dann volle Heilung ein. Auffällig war, dass hier die Contraktur ganz schmerzlos war. G. warnt, wie Charcot, vor allzu energischer Therapie.

Pel (8) bringt einen Fall, in dem sich nach einem Sturze halbseitige Parese und Astasie-Abasie einstellten. Man hatte wegen der Astasie zuerst auch an eine Kleinhirnerkrankung gedacht. Erst als nach der Exstirpation eines kleinen Stimmbandpolypen sich totale Aphonie einstellte, wurde die hysterische Natur des Falles sicher. Später auch noch Mutismus, Hemianästhesie, hysterische Anfälle.

Die Fälle von Wichmann (9) und Zöller (10) sind ebenfalls ziemlich reine traumatische Hysterie. Wichmann's Pat. zeigte nach einem Falle auf den Hinterkopf ausgebreitete Sensibilitätstörungen, Gesichtsfeldeinengungen und neurasthenische Symptome. Er wurde durch Wach- und durch hypnotische Suggestion geheilt: doch war bei der Publikation die Sensibilität noch nicht wieder intakt. Zöller's Fall ist eine brachiale hysterische Monoplegie. In der Chloroformnarkose bewegte Pat. den Arm. Bisher ungeheilt.

Drobner (12) berichtet über 10 Fälle schwerer traumatischer Neurosen nach Eisenbahnunfällen. In einem handelte es sich wohl um Tabes dorsalis. Hysterische Symptome waren im Ganzen selten, *ausgeprägte psychische Störungen wogen vor.* Die allgemeinen Ausführungen D.'s bieten nichts Besonderes, im Ganzen schliesst er sich Oppenheim an.

Friedmann (13) bringt Weiteres über seinen vasomotorischen Symptomencomplex nach Trauma. Er charakterisirt ihn als bestehend aus Kopfschmerz, Schwindel mit Brechreiz, Neigung zu starkem Erröthen und Erblassen des Gesichtes, Intoleranz gegen Strapazen, Gemüthsbewegung und Alkohol, in specie Intoleranz gegen Galvanisirung des Kopfes und Compression der Carotiden am Halse. Die letzteren beiden Symptome werden als objektive Symptome der vasomotorischen Intoleranz angegeben und ausführlich erörtert. Fr. will seinen vasomotorischen Complex als eine besondere Form der Shockneurosen gleichwerthig neben die Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie und ihre Mischformen stellen. Er begründet das vor Allem mit dem ganz oder fast ganz isolirten Auftreten des fraglichen Complexes, wofür er neue interessante Beispiele bringt, und mit dem eigenartigen Verlaufe in den schweren Fällen (siehe seine früheren Beispiele). Die Fälle sind akute, bald in Heilung übergehende, chronisch-stationäre oder chronisch-progressive mit deletärem Ausgange. Fried-

[1]) Schluss; vgl. Jahrbb. CCXLII. p. 191.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

mann (13) hat aber so wie Vibert (5) und Knapp (6) entschieden die Neigung, die sogenannten traumatischen Neurosen wieder mehr auf ein anatomisches Gebiet hinüber zu leiten. Es giebt nicht nur funktionelle, speciell hysterische, und grob organische Lähmungen, sondern auch eine Art von Mitteldingen, die auf feineren, zum Theil molekularen, aber immerhin materiellen Veränderungen beruhen. Das beweisen die Befunde von Kronthal und Sperling, Bernhardt, Friedmann, sowie die Experimente und Untersuchungen von Schmauss. Dazu gehöre auch sein vasomotorischer Symptomencomplex. Gerade er beweise, dass es nach Shock doch vielleicht eigenartige Neurosen gebe, eine Anschauung, der man jetzt vielleicht zu schroff gegenüber stände, jedenfalls aber Dinge, die nicht einfach in den Rahmen der Hysterie oder Neurasthenie eingezwängt werden könnten. Habe er recht, so könnten solche molekulare Veränderungen auch in der Peripherie eingreifen und man brauche nicht für alle sogen. hysterischen und neurasthenischen Symptome eine psychische Grundlage anzunehmen, welcher letzteren Ansicht Fr. zweifelnd gegenübersteht.

C. Augensymptome. Elektrischer Leitungswiderstand.

14) König, Wilhelm, Ueber Gesichtsfeldermüdung und deren Beziehung zur concentrischen Gesichtsfeldeinschränkung bei Erkrankungen des Centralnervensystemes. Leipzig 1893. F. C. W. Vogel. Gr. 8. 152 S.

15) v. Frankl-Hochwart u. Topolanski, Zur Kenntniss der Augensymptome bei Neurosen. *Deutschmann's* Beiträge zur Augenhkde. Heft 11. 1893.

16) Bilfinger, Beitrag zur Beurtheilung der concentrischen Gesichtsfeldeinengung bei den traumatischen Neurosen. Inaug.-Diss. München 1892.

17) Mann, L., Ueber die Verminderung des Leitungswiderstandes am Kopf als Symptom bei traumatischer Neurose. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 31. 1893.

W. König (14) hat an dem grossen Materiale der Dalldorfer Irrenanstalt die Angaben Wilbrand's und Sänger's über die Gesichtsfeldermüdung und ihre Beziehung zur concentrischen Einengung des Gesichtsfeldes einer eingehenden Nachprüfung unterzogen, auf die, ebenso wie auf die Kritik Seeligmüller's (3) nochmals hingewiesen sei. Die Untersuchungen K.'s beziehen sich nur zum kleinen Theil auf traumatische Neurosen, haben aber eine so principielle Wichtigkeit, dass sie hier eingehender besprochen werden sollen. K. hat genau nach Wilbrand's Methode untersucht und meist die Ermüdungstour nur für den horizontalen Meridian dargestellt. Er rühmt diese Methode sehr: sie sei einfach und rasch, selbst bei sehr schwachsinnigen Individuen anzuwenden, recht exakt, so dass nur minimale Fehlerquellen vorkämen, und biete zugleich einen Prüfstein für die Zuverlässigkeit der Angaben der untersuchten Person überhaupt. *Auf die Ermüdung sei immer zu prüfen,* sonst hätten die Gesichtsfelduntersuchungen keinen Werth. [Das ist vielleicht ein etwas zu hartes Urtheil! *Ref.*] Die Untersuchungen sind an Kranken mit einfachen Seelenstörungen, mit Hysterie, Epilepsie, Alkoholismus, Paralyse und posttraumatischen Erkrankungen angestellt, sie bestätigen in allen Theilen die Lehren Wilbrand's und Sänger's. Auf Einzelnes sei besonders hingewiesen. König hält die Fälle von einseitiger Ermüdung, sowie von dauernd einseitiger Einengung für eine Stütze der Ansicht Wilbrand's, dass beide Funktionstörungen in der Retina zu Stande kämen, da man sich einen solchen Zustand bei cerebraler Grundlage der Affektion nicht erklären könne. Das ist im anatomischen Sinne richtig. Wenn man aber die Einengung, ebenso wie alle sonstigen hysterischen Symptome, als ein rein psychisches Symptom auffasst, so beweist die Einseitigkeit auch nichts dagegen. Man könnte dann ebenso eine hysterische Lähmung in die Peripherie verlegen (siehe Friedmann 13). Die Ansichten Leber's über eine peripherisch organische Grundlage hysterischer Sehstörungen sind für den *Ref.* unannehmbar: er kann sich des Gedankens nicht erwehren, dass es sich in diesen Fällen um multiple Sklerose gehandelt habe. Auch K. hat doch noch Zweifel in dieser Beziehung, er hält die Einengung zum Theil für ein cerebrales Symptom. Fasst man sie als psychisches auf, so braucht man sich auch nicht mehr darüber zu wundern, dass bei funktionellen Leiden *nie* Hemianopsie vorkommt. Das Verhältniss der Einengung zur Ermüdung des Gesichtsfeldes ist auch nach K.'s Untersuchungen ein mannigfaltiges. Er fand unter 74 Fällen 32 mit concentrischer Einengung ohne Ermüdung, 19 mit concentrischer Einengung und Ermüdung, niemals Ermüdung bei normalem Gesichtsfelde, selten bei *anfänglich* normalem, 5 mit Ermüdung bei abwechselnd normalem und concentrisch eingeengtem Gesichtsfelde, 21 mit concentrischer Einengung, abwechselnd mit und ohne Ermüdung. Das Auffälligste ist dabei, dass die concentrische Einengung ohne Ermüdung häufiger ist, als mit solcher. Wilbrand und Sänger hatten in dieser Beziehung ein entgegengesetztes Resultat. Die Differenz kann an der Verschiedenheit des Materiales liegen. Auch K. hält, ebenso wie Oppenheim und Wilbrand die geringen Grade von Einengung für besonders wichtig. Er hat ziffernmässig durch wiederholte Untersuchungen nachgewiesen, dass ein Gesichtsfeld von 85° temporalwärts schon eingeengt sein kann. Von der Simulation der Einengung will K. wie fast Alle, die sich eingehend mit diesen Dingen befasst haben, nicht viel wissen. „Bis jetzt ist es mir nicht bekannt, dass ein Fall veröffentlicht worden ist, in welchem nachgewiesen wurde, dass Jemand einem erfahrenen Arzt auf die Dauer und mit Erfolg eine concentrische Gesichtsfeldeinengung vorzutäuschen vermocht hätte." Concentrische Einengungen von nur 45—50° temporalwärts ohne Ermüdung vermochte K. nach einiger Uebung zu

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

simuliren. Bei den Versuchen, geringere Einengungen zu simuliren, wurden die Grenzen sehr unregelmässig, und Einengungen von 76—80° etwa gelangen gar nicht. *Er hält deshalb die Simulation eines solchen Grenzfalles für unmöglich und deshalb auch, wie gesagt, diese Grenzfälle für besonders wichtig.* Fast ebenso verhält es sich mit der Ermüdung, nur ist ihre Simulation noch schwieriger. *Zugegeben könnte also schlimmsten Falles werden, dass man starke concentrische Einengung simuliren könne:* diese ist aber an sich selten und in solchen Fällen klären auch wohl andere vorhandene Krankheitsymptome auf. Erschweren kann man die Simulation noch, wenn man in der Reihenfolge der Untersuchung der einzelnen Meridiane ganz regellos, nicht nach der Reihe, verfährt.

Grosses Interesse gewährt es noch, wenn man das Material K.'s in der Richtung der Frage untersucht, ob die concentrische Einengung ein wesentlich hysterisches Symptom sei und deshalb im Allgemeinen auch nur zusammen mit sonstigen hysterischen Symptomen, besonders mit Anästhesien, vorkomme, eine Auffassung, die Charcot, Möbius und auch *Ref.* seit lange vertreten haben. Die Fälle K.'s ergeben nun Folgendes. Er hat untersucht: 43 Kranke mit einfachen Seelenstörungen, davon 8 mit Einengung und Ermüdung, von denen 5 hysterische oder neurasthenische Symptome zeigten, einer Chlorose; *35 Kr. ohne Augensymptome, obgleich 19 davon deutliche „objektive" neurasthenische Symptome zeigten;* 39 Epileptische, und zwar 9 mit Einengung und Ermüdung, darunter 2 mit Hemianästhesie, 30 ohne Augensymptome, darunter nur einen mit Hypästhesie; 13 Kr. mit Alkoholismus, und zwar 3 mit Gesichtsfeldstörungen, darunter 1 mit Anästhesie, 10 ohne Gesichtsfeldstörungen, darunter 2 mit Anästhesien; 31 Kr. mit Dementia paralyt., davon 4 mit Gesichtsfeldeinengungen ohne Sensibilitätstörungen, 27 ohne solche, darunter einen mit Anästhesie und hysterischen Anfällen; 16 Kr. mit organischen Gehirnerkrankungen, und zwar 2 mit Einengungen, darunter 1 mit Hypästhesien, 1 mit Bleivergiftung, 14 ohne Einengungen, davon 3 mit Anästhesie bei typischer Hysterie. Im Ganzen waren also die Einengungen, ebenso wie die Sensibilitätstörungen selten. Ganz anders wird das Bild in den folgenden Gruppen: 51 Kr. mit Hysterie, darunter 39 mit Einengung, und zwar 27 mit, 12 ohne Sensibilitätstörungen, 12 ohne Einengung, davon 6 mit, 6 ohne Anästhesie und *vor Allem* 21 Kr. mit posttraumatischen Erkrankungen, darunter *9 mit Einengung und alle auch mit Anästhesie, 12 ohne Einengung und ohne Anästhesie, davon hatte einer früher beides besessen.*

Daraus ist wohl Folgendes mit Sicherheit zu schliessen: 1) Die Anästhesien, besonders die Hemianästhesien bei funktionellen Neurosen sind stets hysterischer Natur. 2) Da die Gesichtsfeldstörungen ganz besonders bei klarer Hysterie und im Uebrigen wesentlich in solchen Fällen vorkommen, die auch die charakteristischen Anästhesien zeigen, so kann man wohl auch sie als hysterische Symptome auffassen. Das zeigen vor Allem auch die Fälle von posttraumatischer Erkrankung König's. 3) Mit der Neurasthenie an sich hat die Gesichtsfeldeinengung nichts zu thun, was besonders die Fälle von einfacher Seelenstörung beweisen. 4) Das Symptom der Gesichtsfeldeinengung ist für die Diagnose und Beurtheilung von Unfallsneurosen wegen seiner Häufigkeit und relativen Objektivität von hervorragendem Werthe (ein Theil der Kranken K.'s hat nie Entschädigungsansprüche gemacht und der Verdacht der Simulation fällt bei den Insassen der Irrenanstalt überhaupt fort).

Fast noch überzeugender im Sinne der eben formulirten Theorie von der hysterischen Natur der Gesichtsfeldeinengungen und ihres häufigen Zusammentreffens mit anderen hysterischen Erscheinungen, besonders den Anästhesien, sprechen die Ergebnisse von v. Frankl-Hochwart und Topolanski (15). Diese Autoren bekennen sich denn auch uneingeschränkt zu dieser von Charcot aufgestellten, in Deutschland zuerst von Möbius und dann von dem *Ref.* vertretenen Lehre. Das grosse, von den Autoren verwendete Untersuchungsmaterial stammt aus der Klinik Nothnagel's. v. F.-H. u. T. haben auf Gesichtsfeldeinengung, Lichtsinn und Farbensinn geprüft, auf die Ermüdungsymptome haben sie keine Rücksicht genommen. Die Methoden müssen im Original eingesehen werden. Sie haben einfache und traumatische Hysterie und Neurasthenie untersucht und sind in beiden Abtheilungen zu ziemlich den gleichen Resultaten gekommen. (Das beweist auch wieder, dass die traumatischen Formen der Neurosen nichts Specifisches sind.) Ihre Resultate präcisiren sie am Schlusse in kurzen Sätzen, von denen folgende citirt werden mögen; *sie stimmen dem Sinne nach ganz mit den oben formulirten überein:* „Der Hysterie mit normaler Sensibilität kommt für gewöhnlich keine concentrische Gesichtsfeldbeschränkung zu, sowie auch keine wesentliche Störung des Farben- und Lichtsinnes." „Bei Hysterie mit Sensibilitätstörung kann das Perimeter, sowie auch Farben- und Lichtsinn völlig normal sein." „Bei Hysterie mit Sensibilitätstörung ist die concentrische Gesichtsfeldbeschränkung eine ziemlich häufige Erscheinung. Die Einschränkung ist gewöhnlich an der anästhetischen Seite sehr deutlich ausgesprochen, in den meisten Fällen aber auch an der fühlenden Seite vorhanden." Zu gleicher Zeit sind häufig Farben- und Lichtsinn herabgesetzt, in vielen Fällen congruent mit der Gesichtsfeldeinengung. „Mit der Veränderung der Sensibilität schwankt auch die Grösse des Gesichtsfeldes und synchronisch mit dieser Licht- und Farbensinn." „Der Neurasthenie scheint für gewöhnlich keine concentrische Gesichtsfeldbeschränkung zuzukommen. Der Lichtsinn ist normal,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

ebenso die Sehschärfe. Nur in Bezug auf die Farbenperception zeigt sich bisweilen für einzelne Farben eine gewisse Herabsetzung, so insbesondere für Blau." „Alles was wir hier für die nicht traumatischen Formen gesagt haben, gilt ebenso für die traumatische Hysterie und traumatische Neurasthenie". Die Gesichtsfeld- und Farbenuntersuchung ist deshalb von grossem diagnostischen Werthe, besonders da, wo die Untersuchung positiv ausfällt, wo es sich also um concentrische Gesichtsfeldbeschränkung handelt. Untersucht man noch Farben- und Lichtsinn dazu und sind die Defekte dieser Sinne der Gesichtsfeldeinengung congruent, so kann man an Simulation nicht mehr denken. Fehlt die Gesichtsfeldeinengung, so kann bei der Hysterie eventuell noch der Mangel des Farbensinnes in Betracht kommen. In Beziehung auf die Simulation sagen v. F.-H. u. T. noch: „Wir fordern Die auf, welche das Wort „Simulant" so leicht hinwerfen, wir fordern sie auf, sie mögen das zu simuliren versuchen, wie sich das Gesichtsfeld für Weiss langsam verengt und langsam wieder erweitert, wir fordern sie auf, es zu versuchen, synchron mit diesem Auf- und Abschwellen auch immer das Steigen und Fallen der Licht- und Farbenskala zu simuliren. Wir halten eine solche Simulation für ausgeschlossen".

Bilfinger (16) berichtet über 33 Fälle von traumatischen Neurosen mit Gesichtsfeldeinengung. Die Kr. waren grösstentheils aus v. Ziemssen's Klinik und sind in der Augenklinik Rothmund's zumeist von Schlösser untersucht worden. B. hält die concentrische Gesichtsfeldeinengung für „eine nahezu constante Erscheinung bei den traumatischen Neurosen". Das schiesst weit über's Ziel hinaus. Für simulirbar hält er sie nicht.

Mann (17) hat in einer Anzahl von Fällen von traumatischen Neurosen (es handelte sich wesentlich um neurasthenische Formen mit Kopfschmerzen, Schwindel, Sausen) eine Herabsetzung des galvanischen Leitungswiderstandes am Kopfe nachweisen können. Während bei normalen Personen bei seiner Versuchsanordnung sich ein Widerstand von 4000—6000 Siemens-Einheiten fand, war er in den citirten Fällen von traumatischer Neurasthenie auf 1500—2000 Siemens-Einheiten gesunken. Dasselbe fand sich auch bei nicht traumatischer Neurasthenie. M. sucht die Ursache dieses Befundes in Hirnhyperämie. Er empfiehlt [mit Recht] eine ausgedehnte Nachuntersuchung.

D. Simulation.

18) Higier, H., Ueber die sogen. traumatischen Neurosen u. ihre Simulation. Wien. med. Presse XXXIV. 34. 35. 37—44. 1893.

19) Potts, Charles S., A report of eighteen cases of „traumatic Neuroses" with special reference to the non existence of litigation. Univers. med. Mag. V. 10. p. 777. 1893.

20) Knapp, Coombs, Simulation in traumatic nervous diseases. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 13. p. 318. 1893.

21) Fuchs, Unterscheidung des vorgetäuschten u. krankhaften Zitterns. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. I. 3. 1893.

22) Müller, Georg, Methode, simulirte Schmerzen zu diagnosticiren. Ebenda I. 1. 1894.

23) Jurka, Ueber d. Werth d. Goldscheider'schen Methode. Ebenda 2.

Fast sämmtliche schon erwähnten Autoren sprechen auch ihre Meinung über die Simulation aus und, wie man sieht, sind die meisten auf den schon bei der Begründung der ganzen Lehre von Strümpell sowohl, wie Oppenheim urgirten Standpunkt zurückgekommen, dass die Simulation im Ganzen selten sei. Einige Arbeiten beschäftigen sich nun mit dieser Frage ganz besonders. Higier (18) bringt eine sehr vollständige Uebersicht über alle Symptome der traumatischen Neurosen und bespricht besonders die Möglichkeit, sie zu simuliren. Seine Arbeit ähnelt also ganz der früheren Wichmann's (s. voriges Referat), nur kommt er zu ganz anderen Resultaten. Von der Simulation will er nicht viel wissen, besonders nichts von der der Gesichtsfeldeinengungen, die er übrigens in seinen Fällen nie vermisst haben will. Merkwürdiger Weise will H. die Hypochondrie nicht als selbständige Krankheit neben der Neurasthenie gelten lassen.

Potts (19) hat in 18 Fällen von Unfallsneurosen ohne jede Entschädigungsansprüche schwere und dauernde, meist neurasthenische Symptome nachweisen können, ebenso in 2 Fällen nach Regulirung der Entschädigungsansprüche. Fast in allen Fällen der ersten Gruppe handelte es sich um rein subjektive Symptome, so dass der Verdacht auf Simulation, wenn dazu Grund vorhanden gewesen wäre, sehr nahe gelegen hätte.

Knapp (20), der sich schon in seinem oben besprochenen Vortrage gegen die Annahme der Häufigkeit der Simulation ausgesprochen hatte, bespricht im vorliegenden Aufsatze die Simulationsfrage nochmals eingehend. Er erörtert in sehr spannender Weise den Umstand, dass ein Theil der hysterischen und neurasthenischen Symptome Charakterzüge zeigen, die besonders den in Neuropathologie weniger Erfahrenen leicht auf den Gedanken der Simulation kommen liessen. Er legt deshalb Gewicht auf gewisse „relativ objektive" Symptome, wie Gesichtsfeldeinengung, Anästhesien, erhöhte Reflexe, Herzpalpitationen. Wie er im Ganzen über die Frage der Simulation denkt, zeigen Sätze, wie: „Wir haben die Nichtexistenz einer Paranoia nicht bewiesen, wenn wir bewiesen haben, dass keine Drähte vorhanden sind, die Elektricität in das Patientenzimmer leiten und ebenso — wenn wir beweisen, dass eine Patientin unter einem mächtigen Reiz leisten kann, was leisten zu können sie bestreitet, dass ihr Schmerz am stärksten ist, wenn man die Aufmerksamkeit darauf lenkt, dass ihr Zustand von Tage zu Tage wechselt, dass viele ihrer Klagen auf krankhaften Ideen und Einbildungen beruhen — selbst wenn wir alles Dies beweisen, so haben wir die Existenz von Hysterie und Neur-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

asthenie noch nicht ausgeschlossen" und ferner: „Die Prüfungen auf Simulation haben nichts Absolutes und Fälle, die nach der Ansicht des praktischen Arztes auf handgreiflicher Simulation beruhen, erscheinen echt oder zum Mindesten zweifelhaft, je ausgedehnter unsere Kenntniss von der Hysterie und Neurasthenie wird." „Die Prüfungen auf Simulation haben nichts Absolutes", das sollte man sich bei allen noch so klug ersonnenen Methoden der Simulantenentlarvung stets vorhalten. Fuchs (21) hat in 5 Fällen Simulation von einseitigem Zittern nachgewiesen. Seine Methode beruht auf dem anerkannten Satze, dass man ohne vorhergehende Einübung nicht gleichzeitig mit beiden Armen zwei verschiedene Bewegungen ausführen kann. Simulirt nun Pat. z. B. Zittern im linken Arme und man lässt ihn mit dem rechten complicirte Bewegungen machen, die man am besten ihm gleichzeitig selber vormacht, so hört links das Zittern auf, oder es wird durch automatische Mitbewegungen zeitweilig unterbrochen, während echtes Zittern anhält. Die Sache ist einleuchtend und verdient eingehende Nachprüfung; freilich hört z. B. auch in manchen Fällen von Chorea, manchmal im Beginne der Paralysis agitans, und, wie *Ref.* gesehen hat, auch in einzelnen Fällen von sicher nicht simulationsverdächtiger Hysterie bei Bewegungen der Glieder das Zittern auf und es wäre möglich, dass es in diesem Falle auch durch Mitbewegen von der anderen Seite her unterbrochen und gestört würde.

Müller (22) giebt eine, wie er glaubt, sichere Methode an, simulirte und echte lokalisirte Druckschmerzhaftigkeit zu unterscheiden. Seine Methode ist kurz folgende: Nach Weber werden z. B. auf dem Rücken zwei gleichzeitige Berührungen mit dem Tasterzirkel oder Finger in einer Entfernung von 5 cm noch einfach gefühlt. Setzt man nun z. B. einen Finger 4 cm von einem angeblich schmerzhaften Wirbel und drückt, so wird der Pat. auf Befragen angeben, dass er keinen Schmerz verspüre. Nun setzt man vorsichtig, so dass der Explorand nichts merkt (?), den zweiten Finger auf die angeblich schmerzende Stelle in 4 cm Entfernung und drückt hier auch. Ein Simulant wird auch jetzt angeben, nichts zu empfinden, selbst wenn man jetzt Finger 1 ganz von der Haut entfernt, und er ist dann der Simulation handgreiflich überführt. Gegen die Anwendung dieser Methode ist Manches anzuführen. Erstens machen viele Personen bei Untersuchung mit dem Tasterzirkel, auch wenn sie gutwillig sind, fortwährend wechselnde und ganz verkehrte Angaben. Zweitens kann man bei geringeren Entfernungen allerdings die Spitzen des Tasterzirkels zeitlich nach einander aufsetzen, ohne dass deshalb an der betroffenen Hautstelle eine Doppelempfindung zu Stande kommt; nähert sich aber die Entfernung der Tasterzirkelspitzen den von Weber angegebenen Grenzwerthen, so wird bei solchem Verfahren eine Doppelempfindung angegeben, die Weber'schen Werthe beziehen sich eben vor Allem auf ein gleichzeitiges Aufsetzen. Schliesslich sind sie für die Tastempfindung berechnet, und *Ref.* hat in mehreren Fällen bei gleichem Zirkelabstand bei stärkerem Druck eine Doppelempfindung angeben sehen, während bei leichter Berührung nur eine einfache Empfindung angegeben wurde (Letzteres allerdings nicht ganz constant). Besonders die beiden letzten Umstände scheinen dem *Ref.* den Werth der Methode Müller's sehr zu beeinträchtigen; es schien ihm aber wichtig, darauf etwas näher einzugehen, da die Methode schon als Simulantenschrecken durch die Tagesblätter geht, was, beiläufig gesagt, sie auch nicht brauchbarer macht.

Jurka (23) rühmt die Goldscheider'sche Methode der Temperatursinnprüfung als Mittel zur Feststellung der Echtheit von Gefühlstörungen. Sie sei complicirt genug, um ihre Kenntniss den Simulanten zu erschweren, und für den Arzt doch recht einfach zu handhaben. Er führt 2 Fälle an, in denen es der Methode gelang, Simulanten zu entlarven und einen, wo durch sie die Echtheit früher bezweifelter Anästhesien nachgewiesen wurde. Die Angabe J.'s, dass man gerade mit Störungen des Temperatursinnes bei Unfallskranken am meisten zu rechnen habe, ist freilich nicht richtig.

Seit 1. Januar 1893 besitzen wir auch eine Monatsschrift für Unfallheilkunde, die sich natürlich auch mit den traumatischen Neurosen befasst. Nach den vorliegenden und besprochenen Arbeiten (9. 11. 21. 22. 23) scheint sie dem *Ref.* besonders grossen Werth auf die Simulationsfrage zu legen. Unter den Mitarbeitern fehlen mit Ausnahme von Strümpell und Seeligmüller die eigentlichen „Rufer im Streit": doch weist das Verzeichniss im Uebrigen eine ganze Anzahl anerkannter Neurologen auf.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

C. Medicinische Bibliographie des In- und Auslands.

Sämmtliche Literatur, bei der keine besondere Jahreszahl angegeben ist, ist vom Jahre 1894.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

(Meteorologie.)

Arthus, Maurice, Sur la labogénie; remarques sur le labferment. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 257. Avril.

Béchamp, A., Sur la caséine, le phosphore organique de la caséine et l'état des phosphates insolubles dans le lait de vache. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 5. p. 109. Janv. 30.

Becker, Jonathan, A method for obtaining haemin crystals from bloodstains mixed with rust. Brit. med. Journ. Febr. 17. p. 351.

Benedict, A. L., The systematic qualitative analysis of the contents of the stomach. Med. News LXIV. 4. p. 96. Jan.

Berlioz, A., et E. Lépinois, Etude sur les différentes combinaisons du chlore dans l'urine. Arch. de Méd. expérim. VI. 2. p. 303. Mars. — Bull. de Thér. LXIII. 13. p. 82. Avril 8.

Binet, Paul, Uréomètre à mercure simplifié. Revue méd. de la Suisse rom. XIV. 3. p. 175. Mars.

Binet, Paul, Recherches sur les variations de quelques pigments urinaires. Revue méd. de la Suisse rom. XIV. 4. p. 231. Avril.

Blum, F., Notiz über d. Anwendung d. Formaldehyd (Formol) als Härtungs- u. Conservirungsmittel. Anatom. Anzeiger IX. 7.

Bondzyński, St., u. Zoja, Ueber d. fraktionirte Krystallisation d. Eieralbumins. Ztschr. f. physiol. Chemie XIX. 1. p. 1.

Burcker, E., Note sur le dosage de l'azote organique par la méthode de *Kjeldahl*. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 3. p. 161. Mars.

Cavazzani, E., Sur le pouvoir saccharifiant du sérum du sang. Arch. ital. de Biol. XX. 2 et 3. p. 241.

Chittenden, R. H., and F. S. Meara, A study of the primary products resulting from the action of superheated water on coagulated egg-albumin. Journ. of Physiol. XV. 6. p. 501.

Dagnini, G., Recherches sur le chlore dans la bile. Arch. ital. de Biol. XX. 2 et 3. p. 180.

Denigès, G., Dosage rapide des composés xanthouriques de l'urine. Arch. clin. de Bord. III. 3. p. 128. Mars.

Dutto, Uberto, Die quantitative Bestimmung d. Peptone. Moleschott's Untersuch. XV. 2. p. 138.

Fischer, Charles S., Ueber d. quantitative Bestimmung d. Glykokolls in d. Zersetzungsprodukten d. Gelatine. Ztschr. f. physiol. Chemie XIX. 2. p. 164.

Freund, Ernst, Ueber eine Laboratoriumcentrifuge mit elektromotor. Betriebe. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 22.

Freund, E., u. G. Toepfer, Ueber d. Bestimmung d. Alkalinität u. Acidität d. Urins. Ztschr. f. physiol. Chemie XXIX. 1. p. 84.

Friedrichsen, F., Ueber d. Mischung d. N-Substanzen im Harn b. Krankheiten. Beitr. z. Lehre vom Stoffw. II. p. 42.

Gaube, J., Chimie minérale des corps organisés. Arch. gén. p. 456. Avril.

Gourlay, F., The proteids of the thyroid and the spleen. Journ. of Physiol. XVI. 1 and 2. p. 23.

Gürber, Ueber Hämoglobinkrystalle. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 11. 1893.

Hamburger, H. J., Ueber d. Bestimmung d. osmot. Spannkraft von physiolog. u. patholog. serösen Flüssigkeiten mittels Gefrierpunkterniedrigung. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 24.

Hammarstén, Olof, Zur Kenntniss d. Nucleinproteïde. Ztschr. f. physiol. Chemie XIX. 1. p. 19.

Hugounenq, Recherches chimiques sur le liquide de la périostite albumineuse. Lyon méd. LXXV. p. 336. 357. Mars.

Jaksch, R. v., Ueber d. Stickstoffgehalt d. rothen Blutzellen d. gesunden u. kranken Menschen. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 5 u. 6. p. 429.

Jolles, Adolf, Beiträge zur qualitativen Gallenfarbstoffbestimmung im Harne. Wien. med. Presse XXXV. 6. 7. — Prag. med. Wchnschr. XIX. 12. 13. — Med. Post II. 4. — Aerztl. Centr.-Anzeiger VI. 6.

Jourdan, Adolf, Verbesserungen an Leclanché-Elementen. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 6.

Külz, E., u. J. Vogel, Welche Zustände entstehen bei dem durch thier. Fermente bewirkten Abbau d. Stärke u. d. Glykogens. Ztschr. f. Biol. XXXI. 1. p. 108.

Kukula, Ottokar, Ueber d. kohlens. Kalk in Harnsteinen. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 4. 5.

Liebermann, Leo, u. Béla von Bittó, Ein Beitrag zur Chemie d. Hefezellen. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 26.

Marbe, Karl, Vorrichtung zur successiven Variirung d. Sektoren rotirender Scheiben u. zur Ablesung d. Sektorenverhältnisse während d. Rotation. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 25.

Nathusius, W. v., Ueber Leimbildung aus Marksubstanz. Arch. f. mikrosk. Anat. XLIII. 2. p. 239.

Neumann, Julius, Geschichte der Uroskopie. Ztschr. f. Heilkde. XV. 1. p. 53.

Neumeister, R., Ueber d. Vorkommen u. d. Bedeutung eines eiweisshaltigen Enzyms in jugendl. Pflanzen. Ztschr. f. Biol. XXX. 4. p. 447.

v. Noorden u. K. Belgardt, Zur Pathologie d. Kalkstoffwechsels. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 10.

Novi, Ivo, Die Methode von *Schützenberger-Siegfried* zur Bestimmung d. bewegl. Blutsauerstoffs. Arch. f. Physiol. LVI. 6 u. 7. p. 289.

Obermayer, F., u. R. Kerry, Studien zur Kenntniss d. Eiweissfäulniss. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 25.

Pirri, G., Le sodium et le potassium dans la bile. Arch. ital. de Biol. XX. 2 et 3. p. 196.

Piffard, Henry G., A simple means of increasing the aperture and improving the performance of some immersion lenses. New York med. Record XLV. 12. p. 362. March.

Reid, E. Waymouth, Chemical note on the secretion of myxine glutinosa. Journ. of Physiol. XV. 6. p. 488.

Robertson, W. G. Aitchinson, Rate of fermentation of sugars. Edinb. med. Journ. XXXIX. 9. p. 803. March.

Robitschek, Wilhelm, Das Pepton u. sein Vorkommen im Harn b. verschied. Krankheiten. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 5 u. 6. p. 556.

Röhmann, F., Kritisches u. Experimentelles zur Frage nach d. Säurebildung im Muskel b. d. Todtenstarre. Arch. f. Physiol. LV. 11 u. 12. p. 589.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Rudakow, C. v., Kurze Anleitung zur Analyse d. menschl. Harns. Riga. H. Schede in Comm. Gr. 8. 20 S. mit 1 Tafel. 2 Mk.

Ruppel, G., a) Ueber d. Fette d. Frauenmilch. — b) Zur Kenntniss d. Protagons. — c) Chem. Untersuchung eines Lipoms. Ztschr. f. Biol. XXXI. 1. p. 1. 86. 101.

Salkowski, E., Ueber d. Nachweis d. Peptons im Harn. Med. Centr.-Bl. XXXII. 7.

Salkowski, E., a) Ueber d. Untersuchung d. Harns auf Aceton. — b) Ueber d. Anwendung d. Piperazins zu physiol.-chem. Zwecken. Arch. f. Physiol. XLVI. 6 u. 7. p. 339. 349.

Salzer, H., The presence and absence of free hydrochloric acid in the stomach. Bull. of the John's Hopkins Hosp. IV. 36. p. 121. Dec. 1893.

Sanger, Charles R., The quantitative determination of arsenic by the Berzelius-Marsh process. Proceed. of the Amer. Acad. of arts and sc. XXVI. p. 24.

Schulz, Hugo, Ueber d. Schwefelgehalt menschl. u. thier. Gewebe. Arch. f. Physiol. LVI. 4 u. 5. p. 203.

Schulze, E., Zur Kenntniss d. pflanzl. Zellmembranen. Ztschr. f. physiol. Chemie XIX. 1. p. 38.

Sharp, Gordon, The tartarated sublimate test (*Spiegler's*) for albumen in urine. Lancet I. 9; March.

Sior, Ludwig, Ueber d. Vorkommen von Pepton im Harn, Eiter u. Milch. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVIII. 3 u. 4. p. 352.

Strasser, Alois, Ueber d. Phenolausscheidung b. Krankheiten. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 5 u. 6. p. 543.

Szigeti, Heinrich, Beiträge zur Morphologie d. Häminkrystalle. Ungar. Arch. f. Med. II. 3 u. 4. p. 229.

Tebb, M. C., On the transformation of maltose to dextrose. Journ. of Physiol. XV. 5. p. 421.

Toepfer, G., Eine Methode zur titrimetr. Bestimmung d. hauptsächlichsten Faktoren d. Magenacidität. Ztschr. f. physiol. Chemie XIX. 1. p. 104.

Winterstein, E., Zur Kenntniss d. Trehalose. Ztschr. f. physiol. Chemie XIX. 1. p. 70.

Zaniboni, Baldo, La reazione diazo-benzoica nell'urina. Gazz. degli Osped. XV. 36.

Zenoni, C., Ueber Farbenreaktionen d. Sputum. Centr.-Bl. f. innere Med. XV. 12.

Zoepfel, Vict., Ueber d. klin. gebräuchl. Methoden zur qualitativen u. quantitativen Bestimmung des Acetons. Inaug.-Diss. Dorpat (Jurjew). E. J. Karow. Gr. 8. 67 S. 1 Mk. 50 Pf.

S. a. I. Baldi. II. Colasanti, Dapper, Dastre, Frentzel, Haldane, Hamburger, Hoppe, Hübner, Kayser, Rousz, Schenk, Smith, Winterberg. III. Fermi, Frankland, Orlowsky, Osmun. IV. 1. Peyer; 2. Hewetson, Oriou, Rem-Picci, Robin; 5. Charrin, Gonadse, Kutusow, Linossier, McCarthy, Wagner; 6. Schnitzler, White; 8. Cathelineau; 9. Biernacki, Haycraft. VI. Russell, Schrader. VII. Zacharjewsky. XI. Moure. XIII. 1. Rovighi, Stokvis, Schultze. XV. Piffard.

II. Anatomie und Physiologie.

(Anthropologie, Ethnologie, Zoologie, vgl. Anatomie, Entwicklungsgeschichte.)

Abel, K., Ein Fall von angeb. linkseit. Zwerchfellsdefekt mit Hindurchtritt d. Magens, des grossen Netzes, eines Theils des Colon u. d. Duodenum in d. Pleurahöhle. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 4. 5.

Adrian, Carl, Weitere Beobachtungen über den Einfluss tägl. einmaliger oder fraktionirter Nahrungsaufnahme auf d. Stoffwechsel d. Hundes. Ztschr. f. physiol. Chemie XIX. 2. p. 123.

Albertoni, Peter, u. Ivo Novi, Ueber d. Nahrungs- u. Stoffwechselbilanz d. ital. Bauers. Arch. f. Physiol. LVI. 4 u. 5. p. 213.

Ammon, Otto, Die natürl. Auslese d. Menschen, besprochen von *K. v. Bardeleben*. Anatom. Anzeiger IX. 10.

Anderson, William, On the course and relations of the deep branch of the ulnar nerve. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 3. p. X. April.

Bach, Ludwig, Ueber d. Gefässe d. Pferde-Auges mit besond. Berücksichtigung d. Gefässversorgung der Aderhaut. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 11. 1893.

Baldi, D., Sulla formazione dello zuchero nell'organismo animale. Sperimentale XLVIII. I. p. 5.

Bard, L., La spécificité cellulaire et ses principales conséquences. Semaine méd. XIV. 15.

Bardeleben, Karl von, Ueber Begleitvenen. Deutsche med. Wchnschr. XX. 14.

Bardeleben, Karl v., u. Heinrich Haeckel, Atlas d. topograph. Anatomie d. Menschen. Jena. Gust. Fischer. Gr. 8. 128 Holzschn. u. 1 lith. Doppeltafel mit erläut. Text.

Basch, Carl, Die centrale Innervation d. Saugbewegungen. Prag. med. Wchnschr. XIX. 5. 6.

von Basch, Die *Rosenbach*'schen Grundlagen der Lehre vom Kreislaufe. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 14.

Bayliss, W. M., and J. R. Bradford, The innervation of the vessels of the limbs. Journ. of Physiol. XVI. 1 and 2. p. 10.

Bechterew, W. von, Die Leitungsbahnen im Gehirn u. Rückenmark. Uebersetzt unter Mitwirkung d. Vf. von *J. Weinberg*. Leipzig. Besold. Gr. 8. XII u. 210 S. mit 16 Abbild. u. 1 farb. Tafel. 6 Mk.

Belkowski, J., Du rôle de la bile et du suc brunnerien dans la digestion stomacale. Revue méd. de la Suisse rom. XIV. 2. p. 129. Févr.

v. Bergmann, Fall von Hermaphroditismus. Deutsche med. Wchnschr. XX. 11. p. 259.

Bianchi, L., Ueber d. Funktion d. Stirnlappen. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 13.

Biernacki, E., Ueber d. Beziehungen d. Plasma zu d. rothen Blutkörperchen u. über d. Werth verschiedener Methoden der Blutkörperchenvolumbestimmung. Ztschr. f. physiol. Chemie XIX. 2. p. 179.

Bisogni, C., Nota preliminare sulla existenza e struttura d'una nuova glandula nell' astuccio linguale della vipera Redii. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XI. 2. p. 123.

Bizzozero, G., Ein histor. Rückblick auf d. Entwicklung der Lehre von der blutbildenden Funktion des Knochenmarks. Deutsche med. Wchnschr. XX. 8.

Bizzozero, G., Wachsthum u. Regeneration im Organismus. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 16. — Wien. med. Presse XXXV. 17. — Brit. med. Journ. April 7.

Bohr, Christian, The influence of section of the vagus nerve on the disengagement of gases in the air-bladder of fishes. Journ. of Physiol. XV. 6. p. 494.

Bolk, L., Beziehungen zwischen Skelet, Muskulatur u. Nerven d. Extremitäten, dargelegt am Beckengürtel, an dessen Muskulatur, sowie am Plexus lumbo-sacralis. Morphol. Jahrb. XXI. 2. p. 241.

Bollinger, O., Ueber d. Grössenverhältnisse des Herzens b. Vögeln. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 11.

Bolsius, H., A word of reply to Mr. *Bourne's* review; „the nephridia of leeches". Anatom. Anzeiger IX. 12.

Born, G., Die Struktur d. Keimbläschens im Ovarialei von Triton taeniatus. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIII. 1. p. 1.

Bosscha, H. P., Primäre, sekundäre u. tertiäre Netzhautbilder nach momentanen Lichteindrücken. Nebst Bemerkungen von *Carl Hess*. Arch. f. Ophthalmol. XL. 1. p. 22. 337.

Bradford, J. R., and H. P. Dean, The pulmonary circulation. Journ. of Physiol. XVI. 1 and 2. p. 34.

Brandis, F., Untersuchungen über d. Gehirn der Vögel. II. Ursprung d. Nerven in d. Medulla oblongata. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIII. 1. p. 96.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Brauer, August, Zur Kenntniss d. Reizung d. parthenogenetisch sich entwickelnden Eies von Artemia salina. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIII. 1. p. 162.

Buchanan, A. M., Abnormal sternum. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 3. p. 313. April.

Burckhardt, Rudolf, Die Homologien d. Zwischenhirndachs b. Reptilien u. Vögeln. Anatom. Anzeiger IX. 10.

Burckhardt, Rudolf, Zur vergleichenden Anatomie des Vorderhirns bei Fischen. Anatom. Anzeiger IX. 12.

Cadiot et Roger, Action du sang veineux sur la température animale. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 440. Avril.

Campbell, Harry, On the resistance offered by the blood capillaries to the circulation. Lancet I. 10; March.

Camus, L., et E. Gley, Recherches expérimentales sur les nerfs des vaisseaux lymphatiques. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 454. Avril.

Cannieu, A., Recherches sur le nerf auditif, ses rameaux et ses ganglions. Lille. Impr. Le Bigot frères. Gr. 8. 74 pp. et 1 pl. — Arch. clin. de Bord. III. 2. p. 78. Févr. — Revue de Laryngol. etc. XV. 8. p. 257. Avril.

Cattelani, S., Intorno alla rigenerazione del tessuto epatico. Gazz. degli Ospit. XV. 27.

Cavazzani, A., ed E. Cavazzani, A proposito dei nervi glico-secretori. Gazz. degli Ospit. XV. 38.

Chapman, Paul M., On the physics of the circulation. Lancet I. 9. 10. 11; March. — Brit. med. Journ. March 10. 17. 24.

Charles, R. Havelock, Morphological particularities in the Panjabi, and their bearing on the question of the transmission of acquired characters. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 3. p. 271. April.

Charpentier, Aug., Étude de quelques conditions de l'excitation faradique unipolaire des nerfs moteurs. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 294. Avril.

Chittenden, R. H., Digestive proteolysis. New York med. Record XLV. 14. p. 417. April.

Clarke, J. Jackson, A case of pseudo-hermaphroditism. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 120. 1893.

Cohnstein, Wilhelm, Zur Lehre von d. Transsudation. Virchow's Arch. CXXXV. 3. p. 514.

Colasanti, G., ed O. Polimanti, L'influenza dei disturbi chimici e meccanici della respirazione sulla metamorfosi regressiva. Rif. med. X. 19.

Colella, R., Sur l'histogenèse de la névroglie dans la moelle épinière. Arch. ital. de Biol. XX. 2 et 3. p. 212.

Cornet, Paul, Chimisme stomacal et eau distillée chez l'homme. Progrès méd. XXII. 10.

Cybulski, N., u. J. Zanietowski, Ueber die Anwendung d. Condensators zur Reizung d. Nerven u. Muskeln statt d. Schlittenapparats von *Du Bois-Reymond*. Arch. f. Physiol. LII. 1—3. p. 45.

Dana, Charles L., Anatomical report on the brain of a Bolivian Indian, with a study of cortical thickness. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 3. p. 141. March.

Dapper, C., Ueber Harnsäureausscheidung b. gesunden Menschen unter verschied. Ernährungsverhältnissen. Beitr. z. Lehre vom Stoffw. II. p. 33.

Dastre, A., Digestion sans ferments digestifs. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 464. Avril.

Davenport, C. B., Studies in morphogenesis. II. Regeneration in obelia and its bearing on differentiation in the germ-plasma. Anatom. Anzeiger IX. 9.

Davison, Alvin, The arrangement of muscular fibres in amphiuma tridactyla. Anatom. Anzeiger IX. 11.

Dejerine, J., Sur l'origine corticale et le trajet intra-cérébral des fibres de l'étage inférieur ou pied du pédoncule cérébrale. [Mém. de la Soc. de Biol.] Paris. G. Masson. 8. 14 pp. avec figg. dans le texte.

Delanglade, Insertions inférieures du muscle long péronier latéral. Anomalie de ce muscle. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 4. p. 160. Févr.

Delépine, Sheridan, An account of the views held by the late Sir *Andrew Clark* on the relations of alveoli to air passages with remarks. Journ. of Pathol. and Bacteriol. II. 3. p. 269. Febr.

Dogiel, Joh., Beitrag zur vergleichenden Anatomie u. Physiologie d. Herzens. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIII. 2. p. 223.

Dogiel, Joh., Die Innervation d. Bulbus aortae d. Froschherzens. Med. Centr.-Bl. XXXII. 13.

Driesch, H., Die Biologie als selbstständ. Grundwissenschaft. Leipzig. Engelmann. Gr. 8. VII u. 61 S. 1 Mk. 20 Pf.

Ebner, Victor von, Die äussere Furchung des Tritoneies u. ihre Beziehung zu den Hauptrichtungen d. Embryo. Jena. G. Fischer. Imp.-4. 28 S. mit 2 lith. Taf. 3 Mk. 50 Pf.

Ehrmann, S., Die *Weigert*'sche Fibrinfärbungsmethode u. d. Studium d. Oberhautpigments. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIII. 1. p. 79.

Engelmann, Th. W., Beobachtungen u. Versuche am suspendirten Herzen. Ueber d. Leitung d. Bewegungsreize im Herzen. Arch. f. Physiol. LVI. 4 u. 5. p. 149.

Englisch, J., Ueber Taschen u. Zellen d. Harnblase. [Wien. Klin. 4; April.] Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. S. 91—126. 75 Pf.

Ewald, J. Rich., Ueber die Wirkung des galvan. Stromes b. d. Längsdurchströmung ganzer Wirbelthiere. Arch. f. Physiol. LV. 11 u. 12. p. 606.

Ewart, J. C., The development of the skeleton of the limbs of the horse, with observations on polydactyly. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 3. p. 342. April.

Falcone, C., L'écorce du cervelet. Arch. ital. de Biol. XX. 2 et 3. p. 275.

Fano, G., e G. Massini, Intorno ai rapporti funzionali fra apparecchio auditivo e centro respiratorio. Sperimentale XLVII. V e VI. p. 487. 1893.

Fredericq, Léon, Vergleich d. Stoss- u. Druckcurven d. rechten Herzkammer d. Hundes. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 24.

Frederikse, J. J., Einiges über Fibrin u. Fibrinogen. Ztschr. f. physiol. Chemie XIX. 2. p. 143.

Frentzel, Johannes, Ueber Glykogenbildung im Thierkörper nach Fütterung mit Holzzucker. Arch. f. Physiol. LVI. 6 u. 7. p. 273.

Füth, Ueber einen Fall von Harnblasenverdoppelung. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 14.

Fusari, R., Terminaisons nerveuses dans divers épithéliums. Arch. ital. de Biol. XX. 2 et 3. p. 279.

Galbet, B., Les affections congénitales de la région sacro-coccygienne. Arch. gén. p. 462. Avril.

Gawronsky, Nicolai von, Ueber Verbreitung u. Endigung d. Nerven in d. weibl. Genitalien. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 11.

Gegenbaur, C., Zur Phylogenese d. Zunge. Morphol. Jahrb. XXI. 1. p. 1.

Gehuchten, A. van, Le système nerveux de l'homme. Lierre 1893. Jos. Van In et Co. 8. XVI et 707 pp. avec figg. dans le texte. 34 Mk.

Giacomini, C., Sur le coeloma externe et sur le magma réticulé dans l'embryon humain. Arch. ital. de Biol. XX. 2 et 3. p. 246.

Gilis, P., L'exstrophie de la vessie, son explication embryogénique. Semaine méd. XIV. 12.

Göppert, E., Ueber d. Herkunft d. Wrisberg'schen Knorpels. Ein Beitrag zur vergleich. Anatomie d. Säugethierkehlkopfs. Morphol. Jahrb. XXI. 1. p. 68.

Göppert, E., Der Musculus obliquus superior oculi der Monotremen. Morphol. Jahrb. XXI. 2. p. 278.

Goodall, Edwin, The spider (so-called scavenger) cell in the brain. Journ. of Pathol. and Bacteriol. II. 3. p. 394. Febr.

Greeff, Richard, Neue Befunde zur Kenntniss d. Flüssigkeitswechsels im Auge u. zur Lehre von der

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Fibrinbildung im Kammerwasser. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 11. 1893.

Green, Ch. Leedham, Ueber die Bedeutung der Becherzellen d. Conjunctiva. Arch. f. Ophthalmol. XL. 1. p. 1.

Grenouville, F. L., Du rôle de la contractilité vésicale dans la miction normale. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 322. Avril.

Guillery, Einiges über d. Formensinn. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 3. p. 263.

Haacke, W., Gestaltung u. Vererbung. Eine Entwicklungsmechanik d. Organismen. Leipzig. T. O. Weigel Nachf. Gr. 8. VIII u. 337 S. mit 26 Abbild. 8 Mk.

Haldane, J. S.; W. H. White, and J. W. Washburn, An improved form of animal calorimeter. Journ. of Physiol. XVI. 1 and 2. p. 123.

Haller, B., Beiträge zur Kenntniss d. Placophoren. Morphol. Jahrb. XXI. 1. p. 28.

Hallion et Comte, Recherches sur la circulation capillaire chez l'homme à l'aide d'un nouvel appareil pléthysmographique. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 381. Avril.

Hamburger, H. J., Die Volumbestimmung der körperl. Elemente im Blute u. d. physiol. Kochsalzlösung. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 22.

Hamburger, Ove, Et Tilfälde af Ameli. Hosp.-Tid. 4. R. II. 11.

Hammar, J. Aug., Ueber d. feineren Bau d. Gelenke. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIII. 2. p. 266.

Hansemann, David, Ueber d. Specifität d. Zelltheilung. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIII. 2 p. 244.

Harley, Vaughan, The value of sugar and the effect of smoking on muscular work. Journ. of Physiol. XVI. 1 and 2. p. 123.

Haycraft, J. Berry, On Darwinism and race progress. Lancet I. 7. 8. 9; Febr., March. — Brit. med. Journ. Febr. 17. 24., March 3.

Heider, A. R. von, Die Zoologie in d. Medicin. Jena. Gust. Fischer. Imp.-4. 14 S. 1 Mk. 50 Pf.

Henneguy, L. F., Recherches sur les follicules de Graaf chez les mammifères et quelques autres vertébrés. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXX. 1. p. 1. Janv.—Févr.

Hering, Heinrich Ewald, Erwiderung auf Herrn Prof. *Gaule's* Bemerkungen über d. b. gefesselten Kaninchen vorkommenden Muskelzerreissungen. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 26.

Hess, Carl, Studien über Nachbilder. Arch. f. Ophthalmol. XL. 2. p. 259.

Hirst, Barton Cooke, Specimens of acephalus and of micromelus. Med. News LXIV. 7. p. 184. Febr.

Hochstetter, F., Ueber d. Entwicklung d. Abdominalvene b. Salamandra maculata. Morphol. Jahrb. XXI. 1. p. 19.

Hofmann, Franz, Zuckungs- und Gewebsbeschaffenheit d. entnervten Kaltblütermuskels. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 2 u. 3. p. 117.

Hoppe, Julius, Studie zur Erklärung gewisser Scheinbewegungen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. VII. 1. p. 29.

Hosch, Fr., Zur Lehre von d. Sehnervenkreuzung b. Menschen. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 4.

Hübner, E., Ueber d. Einfluss d. Halogensäuren auf d. Pepsinverdauung. Fortschr. d. Med. XII. 5. p. 163.

Hürthle, K., Beiträge zur Kenntniss d. Sekretionsvorgangs in d. Schilddrüse. Arch. f. Physiol. LVI. 1—3. p. 1. — Deutsche med. Wchnschr. XX. 12.

Jacoby, Martin, Die Hornzähne d. Cyclostomen nach Untersuchungen an Myxine glutinosa, Petromyzon fluviatilis u. marinus. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIII. 1. p. 117.

Jendrássik, E., Sur le rôle du nerf facial dans la sécrétion des larmes. Revue neurol. II. 7. p. 186. Avril.

Jendrássik, Ernst, Ueber d. allgem. Lokalisation d. Reflexe. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 5 u. 6. p. 569.

Juvara, E., Sur un muscle diaphragmatico-oesophagien. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 3. p. 98. Janv.—Févr.

Juvara et Dide, Apophyses transverses des vertèbres cervicales. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 25. Janv.

Kaiser, K., Untersuchungen über d. Rhythmicität d. Herzbewegungen. Ztschr. f. Biol. XXX. 3. p. 279.

Katzenstein, J., Weitere Mittheilungen über d. Innervation d. M. crico-thyreoideus. Virchow's Arch. CXXXVI. 1. p. 203.

Kayser, B., Ueber die Beziehungen von Fett u. Kohlehydraten zum Eiweissumsatz d. Menschen. Beitr. z. Lehre v. Stoffwechsel II. p. 1.

Keith, Arthur, Note on the supracostalis anterior. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 3. p. 333. April.

Keith, Arthur, Notes on a theory to account for the various arrangements of the flexor profundus digitorum in the hand and foot of primates. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 3. p. 335. April.

Kidd, Walter, Darwinism and race progress. Lancet I. 11. p. 711. March.

Kirilzew, S., Weitere Mittheilungen zur Lehre vom centralen Verlauf d. Gehörnerven. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 5.

Klaatsch, H., Ueber d. Herkunft d. Skleroblasten. Morphol. Jahrb. XXI. 2. p. 153.

Klebs, Georg, Ueber d. Verhältniss d. männl. u. weibl. Geschlechts in d. Natur. Jena. Gust. Fischer. Gr. 8. 30 S. 80 Pf.

Kossel, A., Ueber d. Lymphzellen. Deutsche med. Wchnschr. XX. 7. vgl. a. 13. p. 310.

Kotliar, E. S., Contribution à l'étude du rôle du foie comme organe défensif contre les substances toxiques. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. II. 4. p. 587. 1893.

Kraepelin, Emil, Ueber geistige Arbeit. Jena. Gust. Fischer. Gr. 8. 26 S. 60 Pf.

Krause, W., Die Retina. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XI. 2. p. 69.

Kupffer, C., Die Neuren-Lehre in d. Anatomie d. Nervensystems. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 13.

Lagoutte et Durand, Contribution à l'étude de l'anatomie du péricarde. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 6.

Laguesse, E., Développement du pancréas chez les poissons osseux. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXX. 1. p. 79. Janv.-Févr.

Langendorff, O., u. S. Laserstein, Die feineren Absonderungswege d. Magendrüsen. Arch. f. Physiol. LV. 11 u. 12. p. 578.

Langer, A., Ueber d. Entwicklungsgeschichte d. Bulbus cordis b. Amphibien u. Reptilien. Morphol. Jahrb. XXI. 1. p. 40.

Ledouble, Malformations des muscles de l'oreille. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXX. 1. p. 40. Janv.—Févr.

Lenhossék, Mich. von, Beiträge zur Histologie d. Nervensystems u. d. Sinnesorgane. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. VII u. 200 S. mit 15 Figg. u. 3 Tafeln. 12 Mk. 60 Pf.

Lenhossék, Mich. von, Die Geschmacksknospen in d. blattförm. Papillen d. Kaninchenzunge. Würzburg. Stahel. Gr. 8. 76 S. mit 1 Taf. in Farbenlith. u. 1 in Lichtdr. 2 Mk.

Leopold u. M. Mironoff, Beitrag zur Lehre von d. Menstruation u. Ovulation. Arch. f. Gynäkol. XXVIII. 3. p. 506.

Lesbre et Guinard, Etude d'un chat monocéphalien thoradelphe. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXX. 1. p. 126. Janv.—Févr.

Lewin, G., u. O. Boer, Quetschung u. Ausrottung d. Ganglion coeliacum. Deutsche med. Wchnschr. XX. 10.

Loeb, Jacques, Ueber eine einfache Methode, 2 oder mehr zusammengewachsene Embryonen aus einem

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Ei hervorzubringen. Arch. f. Physiol. LV. 11 u. 12. p. 525.

Loeb, Jacques, Ueber d. relative Empfindlichkeit von Fischembryonen gegen Sauerstoffmangel u. Wasserentziehung in verschied. Entwicklungsstadien. Arch. f. Physiol. LV. 11 u. 12. p. 530.

Loeb, Jacques, Beiträge zur Gehirnphysiologie d. Würmer. Arch. f. Physiol. LVI. 6 u. 7. p. 247.

Loewenthal, N., Zur Kenntniss d. Glandula submaxillaris einiger Säugethiere. Anatom. Anzeiger IX. 7.

Lui, Aurelio, Alcune osservazioni sullo sviluppo istologico della corteccia del cerveletto in rapporto alla facoltà di reggersi e camminare. Rif. med. X. 20.

Macphail, Donald, Child with double thumbs on each hand. Glasgow med. Journ. XLI. 2. p. 143. Febr.

Mall, Franklin P., Early human embryos and the mode of their preservation. Bull. of the John's Hopkins Hosp. IV. 36. p. 115. Dec. 1893.

Manasse, Paul, Ueber d. Beziehungen d. Nebennieren zu d. Venen u. d. venösen Kreislauf. Virchow's Arch. CXXXV. 2. p. 263.

Mantegazza, Paolo, Ueber Heredität. Aerztl. Centr.-Anzeiger VI. 8.

Marckward, Ein Fall von Atresia oesophagi, duodeni, recti congenita. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 14.

Marracino, Arborio, Contributo all' istologia comparata della corteccia cerebrale. Giorn. dell' Ass. dei Med. e Natural. IV. 1. 1893.

Marshall, Henry Rutgers, Are there special nerves for pain? Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 2. p. 71. Febr.

Matte, F., Experimentelle Untersuchungen über d. Funktion d. Ohrlabyrinths d. Tauben. Fortschr. d. Med. XII. 4. p. 123.

Matthews, Washington, The human bones of the Hemenway collection in the United States army med. museum at Washington, with observations on the hyoid bones of this collection by *J. L. Wortman*. Nation. Acad. of sc. VI. p. 143.

Mauclaire, Pl., Forme nettement digastrique du plan profond du fléchisseur superficiel; artère du plan superficiel du même muscle perforant le nerf médian; des dédoublements réciproques des nerfs, artères, veines et muscles. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 2. p. 75. Janv.

Mauclaire, Pl., De la présence fréquente d'une tronc nerveux au niveau d'une bifurcation ou d'une collatérale artérielle. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 3. p. 103. Janv.—Févr.

Maurer, F., Glatte Muskelzellen in d. Cutis d. Anuren u. ihre Beziehung zur Epidermis. Morphol. Jahrb. XXI. 1. p. 152.

Medwedew, J. J., Anophthalmus congenitus duplex. Chir. Ljetop. III. 5. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Meijes, W. Posthumus, Un cas d'anomalie congénitale unilatérale du voile du palais. Revue de Laryngol. etc. XV. 8. p. 269. Avril.

Meltzer, S. J., Ueber d. fundamentale Bedeutung d. Erschütterung f. d. lebende Materie. Ztschr. f. Biol. XXX. 4. p. 466.

Menicanti, G., Ueber d. Verhältniss d. Menge d. Lungenblutes zu der d. Körperblutes b. verschied. Thieren. Ztschr. f. Biol. XXX. 4. p. 439.

Mester, Bruno, Ueber Magensaft u. Darmfäulniss. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 5 u. 6. p. 441.

Meves, Friedr., Ueber eine Art der Entstehung ringförmiger Kerne u. d. b. ihnen zu beobachtenden Gestalten u. Lagen d. Attraktionssphäre. Diss. Kiel. Leipzig. G. Fock. Gr. 8. 22 S. mit 1 Tafel. 1 Mk. 20 Pf.

Meyer, E., Sur l'innervation et excitation des nerfs et des muscles chez le nouveau-né. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 472. Avril.

Minot, Charles Sedgwick, Gegen d. Gonotom. Anatom. Anzeiger IX. 7.

Missbildungen u. Bildungsanomalien s. II. *Abel, Bergmann, Buchanan, Clarke, Ewart, Füth, Galbet, Gilis, Hamburger, Hirst, Lestre, Loeb, Macphail, Marckwardt, Medwedew, Morton, Pister, Probyn, Ramage, Rieder, Roux, Schou, Seifert, Spietschka, Tubby, Wintersteiner.* III. *Spencer, Spietschka.* IV. 6. *Tweedy;* 7. *Remak.* V. 2. a. *Beck, Collet;* 2. b. *Knox, Spencer;* 2. c. *Breitmann, Joly, Neve, Newman, Thompson;* 2. d. *Loumeau;* 2. e. *Paci.* VI. *Brohl, Gouget, Knauss, Reverdin.* VII. *Croston, Kirchhoff.* X. *Bernheimer.*

Mitvalsky, Zur Kenntniss congenitaler Anomalien d. Augenhintergrundes. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 2. p. 228.

Morat et Dufourt, Les nerfs glyco-sécréteurs. Lyon méd. LXXV. p. 215. Févr. — Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 371. Avril.

Morton, Thomas S. K., 2 cases of congenital hypertrophy of the fingers. Med. News LXIV. 11. p. 294. March.

Mott, F. W., The sensory motor functions of the central convolution of the cerebral cortex. Journ. of Physiol. XV. 6. p. 464.

Mühlen, Alex. zur, Untersuchungen über den Urogenitalapparat der Urodelen. Inaug.-Diss. Dorpat (Jurjew). Karow. Gr. 8. 63 S. mit 1 Taf. 1 Mk. 20 Pf.

Mulert, Gotthold, Ueber elektr. Reizung d. Halssympathicus. Arch. f. Physiol. LV. 11 u. 12. p. 550.

Munk, Immanuel, Ueber d. Einfl. einmaliger oder fraktionirter Nahrungsaufnahme auf den Stoffverbrauch. Med. Centr.-Bl. XXXII. 11.

Murri, Augusto, Il fegato svelena il sangue proveniente dall' intestino? Rif. med. X. 21. 31. 45.

Muscatello, G., Ueber d. angeb. Spalten d. Schädels u. d. Wirbelsäule. Arch. f. klin. Chir. XLVII. 1. 2. p. 162. 257.

Nagel, W., Ueber d. Entwicklung d. inneren u. äusseren Genitalien b. menschl. Weibe. Arch. f. Gynäkol. XXV. 3. p. 453.

Nathusius, W. von, Die Fibrillen d. Hornzellen d. Haare u. d. Beziehungen d. Pigmentkörperchen zu denselben. Arch. f. mikrosk. Anat. XLIII. 1. p. 148.

Navratil, Emerich von, Thierversuche über d. Kehlkopfinnervation u. über d. N. accessorius Wilisii. Ungar. Arch. f. Med. II. 3 u. 4. p. 225.

Nicholson, Balfour Stewart, Abnormal position of supra-renal gland. Brit. med. Journ. Febr. 24. p. 408.

Nissl, Franz, Ueber *Rosin's* neue Färbungsmethode d. gesammten Nervensystems u. dessen Bemerkungen über Ganglienzellen. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 3. 4.

Noorden, Carl von, Beiträge zur Lehre vom Stoffwechsel d. gesunden u. kranken Menschen. II. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. 154 S.

Norris, W. F., A contribution to the anatomy of the human retina, with a special consideration of the terminal loops of the rods and cones. Univers. med. Mag. VI. 6. p. 353. March.

Oehl, Eusebio, Della influenza del calore sulla velocità di trasmissione della eccitazione nei nervi sensitivi dell' uomo. Gazz. Lomb. 13.

Oppenheimer, Robert, Zur Lehre von d. physiol. Bedeutung der Querstreifung des Muskelgewebes. Inaug.-Diss. (Strassburg) Mannheim. Druck d. Actienbuchdr. 8. 42 S.

Pembrey, M. S., On the reaction-time of mammals to changes in the temperature of their surroundings. Journ. of Physiol. XV. 5. p. 401.

Pfister, Hermann, Mikrocephalie mit Affenspalte ohne Geistesstörung. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 5. p. 903.

Picou, Raymond, Note sur quelques particularités rares de l'anatomie du pied. Tendon du long péronier latéral. Anomalie du péronier antérieur. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 3. p. 101. Janv.—Févr.

Pilliet, A. H., Recherches histologiques sur l'esto-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

mac des poissons osseux. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXX. 1. p. 61. Janv.—Févr.

Pollard, H. B., The „cirrhostomial" origin of the head in vertebrates. Anatom. Anzeiger IX. 11.

Probyn-Williams, R. J., Unusual malformation of the heart. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 3. p. 305. April.

Queirolo, Il fegato svelena il sangue proveniente dall' intestino. Rif. med. X. 61.

Quénu, Des artères du rectum et de l'anus chez l'homme et chez la femme. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 26. p. 703. Nov.—Déc. 1893.

Ramage, C., A case of congenital anophthalmos. Brit. med. Journ. March 31. p. 681.

Rauber, Aug., Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 4. Aufl. von *Quain-Hoffmann's* Anatomie. 2. Bd. 2. Abth. 2. Hälfte: Sinnesorgane u. Leitungsbahnen. Leipzig. E. Besold. Gr. 8. IV S. u. S. 601—840 mit 195 Textabbild. 4 Mk. Vollst. 35 Mk.

Rawitz, Bernhard, Ueber ramificirte Darmzotten. Anatom. Anzeiger IX. 7.

Reichel, Paul, Die Entwicklung d. Harnblase u. Harnröhre. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 10. 1893.

Reichert, Edward T., The effects of lesions of certain parts of the brain upon the heat processes. Univers. med. Mag. VI. 5. p. 303. Febr.

René, Albert, Etudes expérimentales sur l'oncographie rénale. Contribution à la théorie de la sécrétion urinaire. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 351. Avril.

Retterer, E., De l'histoire des rapports de l'artère hépatique et de la veine porte. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXX. 1. p. 133. Janv.-Févr.

Retzius, De tidigare skedena af utvecklingen af de nervösa cellelementen i hörselnervens ganglion. Hygiea LV. Tilläggssh. S. 246.

Reusz, Friedrich, Pepsin- u. Trypsinverdauung in Gegenwart bitterer Stoffe. Ungar. Arch. f. Med. II. 3 u. 4. p. 303.

Richet, Charles, Poids du cerveau, du foie et de la rate des mammifères. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 232. Avril.

Rieder, H., 3 Fälle von angeb. Knochen- u. Muskeldefekt am Thorax. Ann. d. städt. Krankenh. in München p. 61.

Ringer, S., and H. Sainsbury, The action of potassium, sodium and calcium salts on tubifex rivulorum. Journ. of Physiol. XVI. 1 and 2. p. 1.

Romaro, Vittorio, Ricerche intorno alla capacità vitale in rapporto alle diverse combinazioni morfologiche. Gazz. degli Osped. XV. 42.

Rosenbach, O., Die Grundlagen d. Lehre vom Kreislaufe. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 9—13.

Rosin, Heinrich, Entgegnung auf *Nissl's* Bemerkungen: über *Rosin's* neue Färbemethode des gesammten Nervensystems u. dessen Bemerkungen über Ganglienzellen. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 6.

Roux, Wilhelm, Die Methoden zur Erzeugung halber Froschembryonen u. zum Nachweis d. Beziehung d. ersten Furchungsebenen d. Froscheies zur Medianebene d. Embryo. Anatom. Anzeiger IX. 8. 9.

Rowland, Sydney D., Some variations in the foramen ovale in the heart of the sheep. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 3. p. 309. April.

Savelieff, N., Ueber d. Einfluss d. Eiweisszerfalles auf d. Ausscheidung. d. neutralen Schwefels. Virchow's Arch. CXXXVI. 1. p. 195.

Schaffer, Josef, Die oberflächl. Gliahülle u. d. Stützgerüst d. weissen Rückenmarksmantels. Anatom. Anzeiger IX. 8.

Santori, F. S., Einfl. d. Fette auf d. Absorption einiger Metalle. Moleschott's Untersuch. XV. 2. p. 166.

Schaefer, Karl L., Funktion u. Funktionsentwicklung d. Bogengänge. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. VII. 1. p. 1.

Schein, Moriz, Ueber Knochenkernbildung u. Ossifikation d. Knorpels. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 5.

Schenck, F., Notiz betreffend Registrirung der Muskelspannung. Arch. f. Physiol. LV. 11 u. 12. p. 621.

Schenck, F., Ein einfacher Versuch zur Demonstration d. Einflusses d. Spannung auf d. Ablauf d. Contraktionsprocesses. Arch. f. Physiol. LV. 11 u. 12. p. 626.

Schenk, F., Ueber einige Einflüsse auf d. Zuckergehalt d. Blutes. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 1. p. 16.

Schewiakoff, W., Ein abnorm gebauter weibl. Genitalapparat von Ascaris lumbricoides. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 13 u. 14.

Schiff's, Mor., gesammelte Beiträge zur Physiologie. (In deutscher u. französ. Sprache.) I. Bd. Lausanne. B. Benda. Lex.-8. XI u. 790 S. mit 3 Tafeln, 7 Zeichn. u. Bildniss. 16 Mk.

Schmidt, A., Ueber d. Grundlagen d. *Martius'*schen Herzspitzenstosstheorie. Deutsche med. Wchnschr. XX. 4.

Schou, Jens, Ein Fall von Spina bifida occulta mit Hypertrichosis lumbalis. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 5.

Scripture, E. W., Ueber d. Aenderungsempfindlichkeit. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. VI. 6. p. 472.

Seifert, Perte de substance congénital d'un pilier palatin. Revue de Laryngol. etc. XV. 4. p. 97. Févr.

Sergejew, M., Das Verhalten einiger Rückenmarksnerven zum Blutkreislaufe in d. Membrana nictitans d. Frosches (Rana esculenta). Med. Centr.-Bl. XXXII. 9. 10.

Sherrington, C. S., Experimental degeneration of the pyramidal tract. Lancet I. 7. p. 439. Febr.

Shoemaker, George Erety, Congenital hypertrophy of the foot. Med. News LXIV. 11. p. 296. March.

Smith, William J., Zur Kenntniss d. Schwefelsäure-Bildung im Organismus. Arch. f. Physiol. LV. 11 u. 12. p. 542.

Snellen, Ueber Nachbilder. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 4. 1893.

Sobotta, J., Die Befruchtung des Eies der Maus. Anatom. Anzeiger IX. 7.

Spietschka, Theodor, Ueber eine eigenartige Hautveränderung b. Spina bifida. Prag. med. Wchnschr. XIX. 10. 11.

Starling, E. H., On the physiology of lymph formation. Lancet I. 13. 15; March, April.

Starling, E. H., and A. H. Tubby, On absorption from and secretion into the serous cavities. Journ. of Physiol. XVI. 1 and 2. p. 140.

Steinach, E., Untersuchungen zur vergleich. Physiologie d. männl. Geschlechtsorgane, insbes. d. accessor. Geschlechtsdrüsen. Arch. f. Physiol. LVI. 6 u. 7. p. 304.

Stiles, C. W., Bemerkungen über Parasiten. Ueber d. Erhaltung d. Typen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIV. 13 u. 14.

Strassmann, P., Anatom. u. physiolog. Untersuchungen über d. Blutkreislauf b. Neugebornen. Arch. f. Gynäkol. XXV. 3. p. 383.

Studnička, F. K., Zur Lösung einiger Fragen aus d. Morphologie d. Vorderhirns d. Cranioten. Anatom. Anzeiger IX. 10.

Thiroloix, Notes sur la physiologie des capsules surrénales. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 3. p. 115. Janv.—Févr.

Thiroloix, J., Foie et pancréas. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 4. p. 153. Févr.

Timofeew, D., Zur Kenntniss d. Nervenendigungen in d. männl. Geschlechtsorganen d. Säuger. Anatom. Anzeiger IX. 11.

Trouessart, Note sur une grande espèce de bdelle maritime originaire d'Islande. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXX. 1. p. 117. Févr.

Tscherning, M., Die monochromat. Aberrationen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

d. menschl. Auges. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. VI. 6. p. 456.

Tubby, A. H., A case of „lobster-claw" deformity of the feet and partial suppression of the fingers, with remarkable hereditary history. Lancet I. 7; Febr.

Tubby, A. H., Regeneration of fibrous tissue in tendon. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 186. 1893.

Turner, Wm., The foetus of halicore Dugong and of manatus Senegalensis. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 3. p. 315. April.

Tyrie, C. C. Baxter, Axial rotation of abdominal aorta, with associated abnormalities of the branches. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 3. p. 281. April.

Tyrie, C. C. Baxter, Musculus saphenus. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 3. p. 288. April.

Uexküll, J. von, Physiolog. Untersuchungen an Eledone moschata. III. Fortpflanzungsgeschwindigkeit d. Erregung in d. Nerven. Ztschr. f. Biol. XXX. 3. p. 317.

Valenti, G., Contribution à l'histogenèse de la cellule nerveuse et de la névroglie dans le cerveau de quelques poissons chondrostéens. Arch. ital. de Biol. XX. 2 et 3. p. 188.

Valenti, G., Sur le développement des prolongements de la pie-mère dans les scissures cérébrales. Arch. ital. de Biol. XX. 2 et 3. p. 206.

Vanlair, C., Recherches chronométriques sur la régénération des nerfs. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 217. Avril.

Vetter, A., Ueber die neueren Experimente am Grosshirn, mit Bezugnahme auf d. Rindenlokalisation b. Menschen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 3 u. 4. p. 352.

Vialet, Les centres cérébraux de la vision et l'appareil nerveux visuel intra-cérébral. Ann. d'Oculist. CXI. 3. p. 161. Mars.

Virchow, Rudolf, Morgagni u. d. anatom. Gedanke. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 14a. — Wien. med. Wchnschr. XLIV. 15. 16. — Lancet I. 14; April. — Brit. med. Journ. April 7.

Voit, Carl, Gewichte der Organe eines wohlgenährten und eines hungernden Hundes. Ztschr. f. Biol. XXX. 4. p. 510.

Voit, Carl, Ueber d. Beziehungen d. Galleabsonderung zum Gesammtstoffwechsel im thierischen Organismus. Ztschr. f. Biol. XXX. 4. p. 523.

Wilder, Harris W., Lungenlose Salamandriden. Anatom. Anzeiger IX. 7.

Willey, Arthur, On the evolution of the praeoral lobe. Anatom. Anzeiger IX. 11.

Wilson, Andrew, The determination of sex. Lancet I. 3. 4. p. 180. 236. Jan.

Windle, Bertram C. A., Report on recent teratological literature. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 3. p. 370. April.

Winkler, Ferdinand, Zur Lehre von d. rothen Blutkörperchen (Nekrose oder Regeneration?). Wien. med. Wchnschr. XLIV. 16. — Vgl. Wien. med. Presse XXXV. 5. p. 186.

Winterberg, H., Die harnstoffbildende Funktion d. Leber. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 2 u. 3. p. 164.

Wintersteiner, Hugo, Beitrag zur Casuistik u. Genese d. angeb. Anomalien d. Auges. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 2. p. 165.

Yamagiwa, K., Zellenstudie an sich regenerirendem Schnengewebe. Virchow's Arch. CXXXV. 2. p. 308.

Zaaijer, T., Die Persistenz d. Synchondrosis condylo-squamosa am Hinterhauptsbeine d. Menschen u. d. Säugethiere. Anatom. Anzeiger IX. 11.

Zeissl, Maximilian v., Weitere Untersuchungen über d. Innervation d. Blase. Arch. f. Physiol. LV. 11 u. 12. p. 569.

Ziem, C., Geschichtl. Notiz über d. Fächer im Auge d. Vögel. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. VI. 6. p. 474.

Zuntz, N., Eine neue Methode zur Messung der cirkulirenden Blutmenge u. d. Arbeit d. Herzens. Arch. f. Physiol. LV. 11 u. 12. p. 521.

Zwaardemaker, De functie der schildklier. Nederl. Weekbl. I. 13.

S. a. I. *Physiolog. Physik u. Chemie.* III. Beck, Hamburger. IV. 3. Löwit; 5. Bryant, Honigmann; 8. Putnam. V. 1. Barth; 2. a. Sacchi, Troje; 2. c. Imrédy. VI. Gerich, Reverdin, Schrader. VII. Porak, Schäffer, Zweifel. X. Capauner. XI. Joal, Peter, Richter, Rohrer. XIII. 2. *Physiolog. Wirkung d. Arzneimittel.* XIV. 1. Leva, Spitzer, Stern; 2. Baelz, Dapper, Mitchell, Storoscheff, Topp; 4. Pembry. XVI. Bateman, Kirn, Weir.

III. Allgemeine Pathologie.

(Experimentelle Pathologie. Patholog. Anatomie. Bakteriologie.)

Abel, Rudolf, Ueber d. Vorkommen feiner Spirillen in Dejektionen Cholerakranker. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 7.

Abelous, J. E., Toxicité du sang et des muscles des animaux fatigués. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 433. Avril.

Achalme, P., Considérations pathogéniques et anato-pathologiques sur l'érysipèle, ses formes et ses complications; essai sur la virulence du streptocoque. Thèse. Paris. Masson. 8. Avec 4 pl. 8 Frcs.

Adamkiewicz, A., Ueber die Krebsparasiten, Coccidium sarcolytus. Wien. med. Presse XXXV. 5. 6.

Adler, J., Protozoa and carcinoma. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. p. 63. Jan.

Afanassiew, M. J., u. N. K. Schulz, Ueber d. Nachweis von *Koch's* Cholerabacillen im Newawasser. Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Albert, E., u. Julius Schnitzler, Einige Versuche über Hirndruck. Internat. klin. Rundschau 1. 2. 3.

Alessi, Giuseppe, Ueber Fäulnissgase als prädisponirende Ursache zur Typhusinfektion. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 7.

Antonkonenko, G. L., Sur les altérations anatomiques du sang et de la moelle des os longs sous l'influence des fortes saignées. Arch. des sc. biol. de St. Pétersb. II. 4. p. 517. 1893.

Antony, F., Résultats de l'inoculation, à des génisses, de 4 échantillons du coccus vaccinal de Maljean. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 3. p. 217. Mars.

Aronson, H., Weitere Untersuchungen über Diphtherie u. d. Diphtherie-Antitoxin. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 15.

d'Arsonval, A., L'anémo-calorimètre ou nouvelle méthode de calorimétrie humaine normale et pathologique. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 360. Avril.

d'Arsonval et Charrin, Influence des agents cosmiques (électricité, pression, lumière, froid, ozone etc.) sur l'évolution de la cellule bactérienne. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 335. Avril.

Atlas d. patholog. Histologie d. Nervensystems. Red. von *V. Babes* u. *P. Blocq.* 2. Lief. Régénération des nerfs. Degeneration u. Entzündung d. Nerven. Berlin. A. Hirschwald. Lex.-8. 52 S. mit 9 lith. Taf. 18 Mk.

Aufrecht, E., Ueber d. Befund feiner Spirillen in d. Dejektionen einer unter Cholerasymptomen gestorbenen Frau. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 12.

Babes, V., Die Stellung d. Staates zu d. modernen bakteriolog. Forschung. Wien. med. Presse XXXV. 16. 17. — Brit. med. Journ. April 7.

Babes, A., De la morvine. Roumanie méd. II. 1. p. 1.

Babes, V., Ueber d. durch Staphylokokken bedingte akute Leberentartung. Virchow's Arch. CXXXVI. 1. p. 1.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Babes, V„ et G. Proca, 4 observations de septicémie hémorrhagique produite par des streptocoques et par une strepto-bactérie liquéfiante. Roumanie méd. I. 8. p. 241.

Baccelli, Guido, Klinik u. Laboratorium. Deutsche med. Wchnschr. XX. 13.

Bach, Ludwig, Zur Bakteriologie d. Bindehautsackes. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 1. p. 5.

Balloch, Edward A., The relative frequency of fibroid processes in the dark-skinned races. Med. News LXIV. 2. p. 29. Jan.

Banti, G., I parassiti nella malattia del Paget. Sperimentale XLVIII. 7.

Beck, Cornelius, Ueber d. Veränderungen d. Nervenzellen b. experimentellem Tetanus nebst einigen Bemerkungen über d. normale Struktur d. Nervenzellen. Ungar. Arch. f. Med. II. 3 u. 4. p. 345.

Beiträge zur patholog. Anatomie u. zur allgem. Pathologie. Red. von *E. Ziegler*. XIV. 3. Jena 1893. Gust. Fischer. Gr. 8. IV S. u. S. 351—480. Mit 9 lith. Tafeln.

Benario, Ueber d. sogen. Leukocytenschatten. Deutsche med. Wchnschr. XX. 4.

Beneke, Rud., Ueber d. sogen. Schlummerzellentheorie von *P. Grawitz*. Schmidt's Jahrbb. CCXLII. p. 83.

Berberich, Ludwig, Anatom. Untersuchungen zweier Fälle von experimentellem Sekundärglaukom am Kaninchenauge. Arch. f. Ophthalmol. XL. 2. p. 113.

Bertrand, L. E., Note sur la bactériologie des selles dans la dysentérie chronique endémique des pays chauds. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 15.

Blasucci, E., Contributo all' anatomia patologica del pulmone. Polmonite crupale, con esito in necrosi. Rif. med. X. 24.

Blumenau, M., Zur Casuistik der Mediastinalsarkome u. über d. Fieber b. den in d. Organhöhlen sich entwickelnden Sarkomen. Med. Obosr. 19. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Borrel, A., Tuberculose expérimentale du rein. Ann. de l'Inst. Pasteur VIII. 2. p. 65. Févr.

Bouchard, Du rôle de la débilité nerveuse dans la production de la fièvre. Semaine méd. XIV. 20. — Wien. med. Presse XXXV. 15. — Brit. med. Journ. April 14.

Boyce, Robert, Experimental degeneration of the pyramidal tract. Lancet I. 8. p. 501. Febr.

Boyce, R., Note on the degeneration of the roots of the Vth. nerve. Journ. of Physiol. XVI. 1 and 2. p. 156.

Boyce, Robert, and Arthur Giles, On cell-enclosures in cancer. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 216. 1893.

Braithwaite, James, Some points in the etiology of cancer. Lancet I. 7. p. 437. Febr.

Brieger, L., u. Carl Fränkel, Herr *Buchner* u. d. trockne Tetanusgift. Deutsche med. Wchnschr. XX. 5.

Brockbank, Edward M., Non-traumatic subcutaneous emphysema. Lancet II. 14; April.

Brunner, Conrad, Die bisherigen Resultate experimenteller Untersuchungen über d. Art d. Wirkung d. Tetanusgiftes auf d. Nervensystem. Deutsche med. Wchnschr. XX. 5.

Buchner, H., Beruht d. Wirkung d. Behring'schen Heilserum auf Giftzerstörung. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 4.

Buchner, H., Erwiderung betreffend d. trockne Tetanusgift. Deutsche med. Wchnschr. XX. 8.

Buchner, H., Wirkt Antitoxin giftzerstörend? Nebst Erwiderung von *E. Behring*. Deutsche med. Wochenschr. XX. 11.

Bunzl-Federn, Emil, Ueber Immunisirung u. Heilung d. Pneumokokkeninfektion. Arch. f. Hyg. XX. 2. p. 152.

Campbell, Alfred W., On vacuolation of the nerve cell of the human cerebral cortex. Journ. of Pathol. and Bacteriol. II. 3. p. 380. Febr.

Canon, Bakteriolog. Blutuntersuchungen b. Sepsis, Pyämie u. Osteomyelitis. Deutsche med. Wchnschr. XX. 6. p. 138. — Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 7. p. 176.

Cattle, C. H., Observations on the histology of carcinomata and the parasite-like bodies found in them. Journ. of Pathol. and Bakteriol. II. 3. p. 367. Febr.

Cavazzani, A., Delle alterazioni istologiche del simpatico nelle malattie infettive e nelle intossicazioni. Rif. med. X. 89.

Celli, A., e R. Fiocca, Contributo alle conoscenze sulla vita delle amebi. Rif. med. X. 68.

Celli, A., u. R. Fiocca, Beiträge zur Amöbenforschung. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 13 u. 14.

Centanni, Eug., Untersuchungen über d. Infektionsfieber. Deutsche med. Wchnschr. XX. 7. 8.

Centanni, E., u. A. Bruschettini, Untersuchungen über d. Infektionsfieber. Das Antitoxin d. Bakterienfiebers. Deutsche med. Wchnschr. XX. 12.

Cesaris Demel, Antonio, Contributo allo studio delle infezioni da stafilococco piogene aureo nell' uome. Policlinico I. 5. p. 171. Aprile.

Cesaris Demel, A., et E. Orlandi, Sur l'équivalence biologique des produits du bactérium coli et du bactérium typhi. Arch. ital. de Biol. XX. 2 et 3. p. 219.

Chamberland, Resultats pratiques des vaccinations contre le charbon et le rouget en France. Ann. de l'Inst. Pasteur VIII 3. p. 161. Mars.

Cheinisse, L., Contribution à l'étude bactériologique du chancre mou. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. V. 3. p.. 277.

Chibret, A., Etude anatomo-pathologique d'un cas d'épithélioma adamantin. Arch. de Méd. expérim. VI. 2. p. 278. Mars.

Claisse, Paul, et Ernest Dupré, Etude anatomo-pathologique de quelques cas de parotite. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 32. Janv.

Claisse, Paul, et Ernest Dupré, Les infections salivaires. Arch. de Méd. expérim. VI. 1. 2. p. 41. 250. Janv., Mars.

Clarke, J. Jackson, Observations on the histology of the yaws tubercle. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 178. 1893.

Clarke, J. Jackson, A critical survey of recent work bearing upon the pathology of cancer and sarcoma. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 188. 1893.

Cnopf sen., Ein Fall von Sarkom d. Mediastinum posticum. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 16. p. 317.

Cohn, Moritz, Der augenblickl. Stand d. Pigmentfrage. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 8. p. 353.

Colella, R., Sur les altérations histologiques de l'écorce cérébrale dans quelques maladies mentales. Arch. ital. de Biol. XX. 2 et 3. p. 216.

Cooper, C. Dudley, Hyaline fibroma from a cow's udder. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 228. 1893.

Courmont et Doyon, Influence comparée du poison tétanique sur l'excitabilité des systèmes nerveux moteur et sensitif. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 391. Avril.

Courmont, J., et H. Doyon, Sur une nouvelle conception pathogénique du tétanos, dite théorie du ferment soluble. Revue de Méd. XIV. 1. p. 76.

Cramer, E., Die Zusammensetzung d. Sporen von Penicillium glaucum u. ihre Beziehung zu d. Widerstandsfähigkeit ders. gegen äussere Einflüsse. Arch. f. Hyg. XX. 2. p. 197.

Danilewsky, W., Ueber d. Hämatozoen b. Thieren, welche d. Malariahämatozoen b. Menschen analog sind. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 13 u. 14. p. 481.

Darnall, C. F., The treatment of ptomain-poisoning by means of subcutaneous injections of blood-serum. Med. News LXIV. 2. p. 46. Jan.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Delezenne, De l'influence de la réfrigération de la peau sur la sécrétion urinaire. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 446. Avril.

Dinkler, M., Ueber d. bakteriolog. Befund u. d. anatom. Veränderungen b. d. Urethritis gonorrhoica d. Mannes. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 2. p. 195.

Dmochowski, Z., u. W. Janowski, Beitrag zur Lehre von d. pyogenen Eigenschaften d. Typhusbacillus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 7.

Döderlein, A., u. F. v. Birch-Hirschfeld, Embryonale Drüsengeschwulst d. Nierengegend im Kindesalter. Centr.-Bl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. V. 1. 2.

Dönitz, Ueber d. Arbeiten d. bakteriol. Untersuchungsstation in Bonn im J. 1893. Centr.-Bl. f. allg. Gesundheitspfl. XIII. 1 u. 2. p. 37.

Donáth, Julius, u. Geyza Gara, Ueber fiebererregende Bakterienprodukte. Wien. med. Bl. XVII. 14.

Dubief, H., et J. Bruhl, Contribution à l'étude anatomo-pathologique et bactériologique du typhus exanthématique. Arch. de Méd. expérim. VI. 2. p. 224. Mars.

Du Bois-Saint-Severin, Panaris des pêcheurs et microbe rouge de la sardine. Ann. de l'Inst. Pasteur VIII. 3. p. 152. Mars.

Duncan, J. T., Shall the term auto-infection be retained? Med. News LXIX. 12. p. 313. March.

Edington, G. H., Note on a specimen of horseshoe kidney. Glasgow med. Journ. XLI. 3. p. 186. March.

Ehrlich, P.; H. Kossel, u. A. Wassermann, Ueber Gewinnung u. Verwendung d. Diphtherieheilserum. Deutsche med. Wchnschr. XX. 16.

Emminghaus, H., Einiges über patholog.-anatom. Befunde b. Innervationsstörungen d. Darmes. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 5. 6.

Escherich, Notiz zu d. Vorkommen feiner Spirillen in diarrhoischen Dejektionen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkd. XV. 12.

F., K., Smitteoverförelse ved Rekonvalescenter. Hosp.-Tid. 4. R. II. 6.

Farina, G., Setticità della pelle dopo la disinfezione. Policlinico I. 5. p. 184. Aprile.

Fermi, Claudio, e Giuseppe Montesano, Sulla scomposizione dell' amigdalina da parte dei microorganismi. Rif. med. X. 88.

Fermi, Claudio, u. Leone Pernossi, Ueber d. Enzyme. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 7.

Fermi, Claudio, u. Leone Pernossi, Ueber d. Tetanusgift. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 8 u. 9.

Flexner, Exhibition of specimens of a case of acute pericarditis, pleuritis and peritonitis, associated with contracted kidney etc. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. V. 37. p. 17. Jan.—Febr.

Foà, Pio, Zur Aetiologie d. Carcinoms. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 15.

Frankland, Percy, Die Bakteriologie in einigen ihrer Beziehungen zur chem. Wissenschaft. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 4.

Fraschetti, W., Ueber Argyrismus. Moleschott's Untersuch. XV. 2. p. 143.

Fürbringer, Ueber d. moderne Behandlung von Krankheiten mit Gewebsflüssigkeiten. Deutsche med. Wchnschr. XX. 13.

Gabbi, Umberto, Ueber d. normale Hämatolyse mit besond. Berücksicht. d. Hämatolyse in d. Milz. Beitr. z. path. Anat. u. allg. Pathol. XIV. 3. p. 351. 1893.

Galloway, James, Observations on parasitic organisms in carcinoma. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 208. 1893.

Gaule, Justus, Die troph. Veränderungen u. d. Muskelzerreissungen. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 22.

Gawronsky, N. v., Ueber d. Vorkommen von Mikroben in d. normalen Urethra d. Weibes. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 11.

Gemma, A. M., Come la batteriologia abbia risposto all' aspettativa della medicina pratica. Gazz. Lomb. 9—13.

Giersing, O. M., Smitteoverförelse ved Rekonvalescenter. Hosp.-Tid. 4. R. II. 9.

Glax, Julius, Ueber d. Wasserretention im Fieber. Ein Beitrag zur Frage über d. Bedeutung d. Wasserzufuhr u. d. Auswaschung d. menschl. Organismus in Infektionskrankheiten. Jena. Gustav Fischer. Imp.-4. 44 S. mit 53 Abbild. 4 Mk.

Godart, Recherches sur la transplantation progressive de la glande thyroïde chez le chien. Journ. de Brux. LII. 4. p. 49. Janv.

Golgi, Camillo, Ueber d. patholog. Histologie d. Rabies experimentalis. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 14.

Gottschalk, Sigmund, Sind die von *C. Breus* als Fälle von wahrer epithelführender Cystenbildung in Uterusmyomen beschriebenen Geschwülste echte Myome d. Uterus? Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 6.

Gottschalk, Sigm., Das Sarkom d. Chorionzotten. Nebst Bemerkungen über d. Wesen d. bösart. Geschwülste im Allgemeinen. Arch. f. Gynäkol. XLVI. 1. p. 1.

Gottstein, A., Der gegenwärt. Stand d. Frage von d. specif. Behandlung d. Infektionskrankheiten durch Bakterienprodukte. Therap. Monatsh. VIII. 2. p. 59.

Greeff, Richard, Befund am Corpus ciliare nach Punktion d. vordern Kammer. Ein Beitrag zur Lehre vom Flüssigkeitswechsel im Auge u. d. Fibrinbildung im Kammerwasser. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 2. p. 178.

Griffiths, Joseph, De degenerative changes observed in the structures of the hand, 15 years after division of the median nerve above the elbow. Journ. of Pathol. and Bacteriol. II. 3. p. 346. Febr.

Haan, J. de, Het bacterium coli commune. Nederl. Weekbl. I. 4.

Haan, J. de, en A. C. Huysse, Het coaguleeren van melk door cholera-bacteriën. Nederl. Weekbl. I. 7. — Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 8 u. 9.

Hamburger, H., Hydrops von mikrobiellem Ursprung. Beitrag zur Physiologie u. Pathologie d. Lymphstroms. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XIV. 3. p. 443. 1893.

Hamburger, H. J., Zur Lehre d. Hydrops. Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XX. 2 u. 3. p. 113.

Hankin, E. H., An account of bacteriological observations in an Indian dairy. Brit. med. Journ. Jan. 27.

Hartmann, Henri, et V. Morax, Quelques considérations sur la bactériologie des suppurations périutérines. Gaz. de Par. 12. — Mercredi méd. 12.

Hawthorne, C. O., Specimen of carcinomatous growth of left kidney and abdominal lymphatic glands. Glasgow med. Journ. XLI. 2. p. 148. Febr.

Hebb, R. G., Tubercular tumour from male mamma. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 153.

Hebb, R. G., „Cancer bodies" from a case of diffuse subperitoneal fibrosis. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 183. 1893.

Hédon, E., Influence de la piqûre du plancher du quatrième ventricule chez les animaux rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 269. Avril.

Hektoen, Ludwig, Ueber Carcinom d. Ductus thoracicus. Virchow's Arch. CXXXV. 2. p. 357.

Hertz, Paul, Abnormitäten in d. Lage u. Form d. Bauchorgane b. d. erwachsenen Weibe eine Folge d. Schnürens u. Hängebauchs. Pathol.-anatom. Untersuchung. Berlin. S. Karger. 8. 55 S. mit 33 Abbild. auf 9 Tafeln. 2 Mk.

Hippel, Richard v., Beitrag zur Casuistik der Angiosarkome. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XIV. 3. p. 370. 1893.

Hippel, Eugen v., Anatom. Befund b. Keratitis parenchymatosa. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 221. 1893.

Hitzig, Theodor, Beiträge zur Histologie u.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Histogenese d. Struma. Arch. f. klin. Chir. XLVII. 2. p. 464.

Hofmeister, Franz, Experimentelle Untersuchungen über d. Folgen d. Schilddrüsenverlustes. Beitr. z. klin. Chir. XI. 2. p. 441.

Hofmeister, Franz, Ueber Methylirung im Thierkörper. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 2 u. 3. p. 198.

Holsti, Fall af tumörer af olika natur i blåsan och ventrikeln. Finska läkaresällsk. handl. XXXVI. 2. S. 140.

Horsley, Victor, Experimental degeneration of the pyramidal tract. Lancet I. 6. p. 370. Febr.

Jahresbericht über d. Fortschritte in d. Lehre von d. pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze u. Protozoen. 8. Jahrg. 1892. Bearb. u. herausgeg. von *P. Baumgarten*. Braunschweig. Harald Bruhn. 1. Abth. Gr. 8. 320 S. 8 Mk.

Ilkewicz, W., Ueber d. Kerne d. Milzbrandsporen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 8 u. 9.

Ipsen, Carl, Ueber d. postmortalen Gewichtsverluste b. menschl. Früchten. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VIII. 2. p. 281.

Israel, O., Ueber d. Tod d. Gewebe. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 11.

Issaeff, Untersuchungen über d. künstl. Immunität gegen Cholera. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XVI. 2. p. 329.

Kahane, Max, Ueber das Vorkommen lebender Parasiten im Blute u. in Geschwulstzellen b. Carcinomatösen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 12.

Kalenderu, N., Zur Klinik d. Bakterien-Associationen. Wien. med. Presse XXXV. 11.

Kantorowicz, Ludwig, Thionfärbung f. Balsampräparate von amyloiden Organen. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. V. 3.

Karg, Carl, u. Georg Schmorl, Atlas d. patholog. Gewebelehre in mikrophotograph. Darstellung. 5. u. 6. Lief. Leipzig. F. C. W. Vogel. Fol. 10 Taf. mit Text. S. IX—XVIII u. 10 Bl. Erklärungen. 10 Mk. Vollst. 50 Mk.

Kellermann, Kleine bakteriol. Studien. Bad. ärztl. Mitth. XLVII. 24. 1893.

Keroz, G., Ueber d. Einfluss d. Tabaks auf d. Tuberkelbacillus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 2 u. 3.

Kerry, Richard Emil, Ueber einen neuen pathol. anaëroben Bacillus. Oesterr. Ztschr. f. wissenschaftl. Veterinärkde. V. 2 u. 3.

Keser, S., Contribution à l'étude histologique de l'épithéliome pavimenteux (carcinome de la peau). Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. 3. S. V. 2. p. 165. Févr.

Kingzett, C. T., The action of antiseptics on the influenza bacillus. Brit. med. Journ. March 10. p. 552.

Kinscherf, J., u. H. Bartsch, Ueber Krebsimplantation. Beitr. z. klin. Chir. XI. 2. p. 321.

Klecki, Valerian v., Ueber einige aus ranziger Butter cultivirte Mikroorganismen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 10 u. 11.

Klein, E., The ant-cholera vaccination, an experimental critique. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 220. 1893.

Klein, S., Ueber die sogen. Leukocytenschatten. Deutsche med. Wchnschr. XX. 9.

Klein, E., Ueber d. von *Gärtner* beschriebenen neuen gasbildenden Bacillus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 8 u. 9.

Klemensiewicz, Rud., Ueber Entzündung u. Eiterung. Histol. Untersuchungen an d. Amphibienhornhaut. Jena. Gust. Fischer. Imper.-4. 61 S. mit 4 lith. Tafeln. 6 Mk. 50 Pf.

Kolle, Beiträge zu den experimentellen Cholerastudien an Meerschweinchen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XVI. 2. p. 329.

Kopfstein, W., Erwiderung auf Prof. *Adamkiewicz's* Aufsatz „über d. Krebsparasiten". Wien. med. Wchnschr. XLIV. 11.

Kossel, H., Zur Frage d. Pathogenität d. Bacillus pyocyaneus f. d. Menschen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XVI. 2. p. 368.

Kotlar, E., Ueber Herzthrombentuberkulose. Prag. med. Wchnschr. XIX. 7. 8.

Kowalski, H., Erwiderung an Prof. Dr. *A. Weichselbaum*, nebst Bemerkungen d. Letzteren [Choleraspirillen]. Wien. klin. Wchnschr. VII. 4.

Kraus, Fr., Ueber d. vasomotor. Phänomene im Fieber. Wien. klin. Wchnschr. VII. 13. 15.

Krebs s. III. *Adamkiewicz, Adler, Boyce, Braithwaite, Cattle, Clarke, Foà, Galloway, Hawthorne, Hebb, Hektoen, Kahane, Keser, Kinscherf, Kopfstein, Kurloff, Ribbert, Ruffer, Sippel, Strauer, Wassilieff, Williams.* IV. 3. *Hebb;* 4. *Marie;* 5. *Claisse, Courmont, Flexner, Lépine, Lévi, Monro, Morton, Perry, Schubert, Voelckers;* 6. *Beadles, Bernard;* 9. *Boyce, Browne, Granville, Lyon, Mc Farland, Newsholme, Snow, Thorn, Walters, Williams, Ziegler;* 10. *Hutchinson.* V 1. *Curtis;* 2. a. *Becker, Domnie, Regulski;* 2. c. *Cheyne, Durand, Elliot, Fox, Gay, Horrocks, Ilott, Kader, Kelsey, Lanphear, Marcy, Morestin, Richardson. Snow, Straus, Walker, Zawadzki;* 2. d. *Le Dentu, Rolleston.* VI. *Calderini, Durante, Marmasse, Monod, Penrose, Reyburn, Westermark.* VII. *Jordan.* XI. *Grayson.*

Kreidmann, Der Nervenkreislauf, anatom. u. experimentell nachgewiesen. 1. Theil. 2. Abth.: Die Aetiologie d. chron. Krankheiten. Hamburg. Pontt u. v. Döhren. Gr. 8. VIII S. u. S. 161—528 mit Holzschn. 8 Mk.

Krepuska, Géza, Ein Fall von Gliofibrom des Acusticus. Ungar. Arch. f. Med. II. 3 u. 4. p. 326.

Kronig, Examen bactériologique des sécrétions vaginales chez les femmes enceintes. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 9.

Kruse, W., Eine allgemein anwendbare Verbesserung d. Plattenverfahrens. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 12.

Kunkel, Einfluss von Giften auf d. Glykogengehalt d. Leber. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 9. 1893.

Kuprianow, J., Zur Mechanik d. keimfreien Gewinnung d. Blutserum. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 13 u. 14.

Kurloff, M., Zur Lehre von d. Carcinomparasiten. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 10 u. 11.

Kutscher, Ein Beitrag zur Kenntniss der d. Choleravibrionen ähnl. Wasserbakterien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkd. XV. 2 u. 3.

Langlois, P., Radiation calorique après traumatisme de la moelle épinière. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 343. Avril.

Lanz, Alfred, Ein neues Verfahren d. Gonococcusfärbung. Deutsche med. Wchnschr. XX. 9. — Med. Obosr. 22. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Laser, Hugo, Ueber d. prakt. Verwerthbarkeit d. Bacillus d. Mäuseseuche-Laser. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 2 u. 3.

Ledermann, R., u. Ratkowski, Die mikroskop. Technik im Dienste d. Dermatologie. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVII. 1. p. 73.

Ledoux-Ledard, Action de la lumière suf le bacille diphthérique. Revue des Mal. de l'Enf. XII. p. 66. Févr.

Lehmann, K. B., Ueber d. Sauerteiggährung u. d. Bezieh. d. Bacillus levans zum Bacillus coli communis. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 1. p. 14. — Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 10 u. 11.

Lévi, Léopold, Mélanose généralisée au point de départ oculaire; généralisation dans les plèvres, le coeur, le centre phrénique du diaphragme, les reins, l'estomac, l'intestin, le mésentère, les épiploons, la dure-mère, la pie-mère; néoplasme mélanique du foie pesant 15 livres

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

environ. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 27. p. 715. Déc. 1893.

Lévi, Léopold, A propos de la mélanose généralisée. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 51. Janv.

Levy-Dorn, Max, Antwort auf d. Arbeit d. Herrn Prof. *Senator:* wie wirkt Firnissen d. Haut b. Menschen? Nebst Bemerkung von *Senator*. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 3 u. 4. p. 419. 421.

Leyden, Anatom. Untersuchung d. Herzens bei chron. Herzkrankheit u. b. puerperaler Sepsis. Deutsche med. Wchnschr. XX. 7. p. 157.

Liebreich, Oscar, Hülfsinstrumente b. d. phaneroskop. Untersuchung d. Lupus. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 10.

Lorenz, Schutzimpfungsversuche gegen Schweinerothlauf mit Anwendung eines aus Blutserum immunisirter Thiere hergestellten Impfpräparats. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 8 u. 9.

Lorenz, Adolf, Patholog. Anatomie d. angeb. Hüftverrenkung. Wien. klin. Wchnschr. VII. 11. 12. 13.

Lubarsch, C., Beiträge zur Histologie der von Nebennierenkeimen ausgehenden Nierengeschwülste. Virchow's Arch. CXXXV. 2. p. 149.

Lunkewicz, M., Beitrag zur bakteriolog. Technik. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 2 u. 3.

Macready, J., Experimental degeneration of the pyramidal tract. Lancet I. 10. p. 642. March.

Maiselis, Issai, Ueber d. erworbene Immunität nach menschl. Infektionskrankheiten. Inaug.-Diss. Berlin 1893. Druck von Gustav Schade. 8. 29 S.

Marek, J., Kleine Mittheilungen zur bakteriolog. Technik. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 4.

Marmorek, Alexander, Versuch einer Theorie d. sept. Krankheiten. Auf Grund experimenteller Untersuchungen. Stuttgart. Ferd. Enke. 8. 131 S. 4 Mk.

Marsh, Howard, Myxo-sarcoma of the humerus undergoing chondrification. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 162. 1893.

Masoin, Paul, Influence de l'extirpation du corps thyroïde sur la toxicité urinaire. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 283. Avril.

Mayer, C., Ueber anatom. Rückenmarksbefunde in Fällen von Hirntumor. Jahrbb. f. Psych. XII. 3. p. 410.

Mazet, C., Recherches bactériologiques sur 2 cas de tumeur lacrymale phlegmoneuse. Ann. d'Oculist. CXI. 3. p. 211. Mars.

Michaelis, M., Ueber einige Ergebnisse b. Ligatur d. Kranzarterien d. Herzens. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 3 u. 4. p. 270.

Mircoli, Stefano, Immunizzazione del coniglio contro la setticemia da stafilococco putrido. Gazz. degli Ospit. XV. 20.

Monod, C., et Macaigne, Contribution à l'étude des infections par streptocoques. Revue de Chir. XIV. 2. p. 81.

Monro, T. K., Portion of lung invaded by lymphosarcoma of the mediastinum. Glasgow med. Journ. XLI. 3. p. 232. March.

Morse, J. L., Bacteriological cultures from a case of puerperal septicaemia. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 6. p. 140. Febr.

Mosen, R., Ueber d. Verhalten d. Blutdrucks im Fieber. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 5 u. 6. p. 601.

Murray, George R., Some advances in general and preventive medicine due to comparative pathology. Lancet I. 12; March.

Nannotti, A., ed O. Baciocchi, Esperimenti sugli effetti della laparotomia nelle peritoniti tubercolari. Policlin. I. 5. p. 105.

Navarro, Lithiase rénale expérimentale avec hydronéphrose. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 25. p. 658. Déc. 1893.

Neisser, Ueber d. Pfeiffer'schen Influenzabacillus u. sein Culturverfahren. Deutsche med. Wchnschr. XX. 4. p. 88.

Neisser, Ernst, Ueber d. Züchtung d. Gonokokken b. einem Falle von Arthritis gonorrhoica. Deutsche med. Wchnschr. XX. 15.

Nékám, L. A., Ueber Hyperämie u. Disposition. Wien. klin. Wchnschr. VII. 8.

Nicolaier, Bemerkungen zu d. Arbeit von Prof. *F. G. Novy:* „d. Kultur anaërober Bakterien". Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 7.

Nothnagel, H., Die Anpassung d. Organismus b. pathol. Veränderungen. Wien. med. Bl. XVII. 14. — Wien. med. Presse XXXV. 15. 16. — Wien. med. Wochenschr. XLIV. 15. 16. — Brit. med. Journ. April 7.

Nové-Josserand, G., et Lacroix, Sur le déciduome malin. Ann. de Gynécol. XLI. p. 100. 216. 317. Févr.—Avril.

Ohlmacher, A. P., Detailled directions for a simplified method of preparing *Loeffler's* blood-serum medium for diphtheria cultures. Med. News LXIV. 13. p. 352. March.

Orlowsky, A., Schwefelwasserstoff als Produkt d. Ausscheidung einiger Bakterien. Wratsch 48. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Orth, Johs., Patholog.-anatom. Diagnostik, nebst Anleitung zur Ausführung von Obduktionen, sowie patholog.-histol. Untersuchungen. 5. Aufl. Berlin. A. Hirschwald. Gr. 8. XI u. 709 S. mit 410 Abbild. 16 Mk.

Osmun, L. C., Fish and ptomaine. New York med. Record XLV. 10. p. 314. March.

Ott, Isaac, Temperature and polypnea. Univers. med. Mag. VI. 7. p. 147. April.

Ott, Nadine, Ueber peri- u. endoneurale Wucherungen in d. Nervenstämmen einiger Thierspecies. Virchow's Arch. CXXXVI. 1. p. 69.

Pätiälä, F. J., Immuniteetista ja veriseerumiterapiasta. [Ueber Immun. u. Blutserumtherapie.] Duodecim X. 2 ja 3. S. 33.

Pándi, Koloman, Ueber d. Veränderungen d. Centralnervensystems nach chron. Vergiftung mit Brom, Cocain, Nikotin u. Antipyrin. Ungar. Arch. f. Med. II. 3 u. 4. p. 257.

Pantanetti, Ottavio, Saggio di ricerche sull' affaticamento muscolare in alcuni stati patologici. Policlin. I. 4. 5. p. 41. 98. Febbr., Marzo.

Paviot, J., Un cas de déciduome malin avec noyaux métastatiques multiples. Ann. de Gynécol. XLI. p. 306. Avril.

Pawlow, J. P., Sur une modification dans l'opération de la fistule d'Eck entre la veine porte et la veine cave inférieur. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. II. 4. p. 581. 1893.

Penrose, F., Cirrhosed liver from a youth aged 16. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 93. 1893.

Penzo, Rudolph, Ueber d. Einfl. d. Temperatur auf d. Regeneration d. Zellen, mit besond. Rücksicht auf d. Heilung d. Wunden. Moleschott's Untersuch. XV. 2. p. 107.

Petřina, Ueber hohe typ. Temperatursteigerungen b. akuter Sarkomatose innerer Organe. Prag. med. Wochenschr. XIX. 3. 4. 5.

Pfeiffer, R., Ueber eigenart. Veränderungen in d. Arachnoides, d. extramedullären Rückenmarkswurzeln u. d. beiden Nn. optici. Ztschr. f. Nervenhkde. V. 1. p. 45.

Pfeiffer, R., u. Issaeff, Ueber d. Specificität d. Choleraimmunisirung. Deutsche med. Wchnschr. XX. 13.

Pilliet, A. H., Stéatose expérimentale de la muqueuse gastrique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 27. p. 711. Déc. 1893.

Pizzini, Luciano, et Luigi Fornaca, Modo di comportarsi delle piastrine del sangue nella febbre. Rif. med. X. 62.

Plowright, Charles B., The fungus kingdom. Brit. med. Journ. Febr. 24.

Popoff, N. M., Patholog.-anatom. Veränderungen d. Centralnervensystems b. d. asiat. Cholera. Virchow's Arch. CXXXVI. 1. p. 42.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Pottevin, Henri, Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur en 1893. Ann. de l'Inst. Pasteur VIII. 3. p. 166. Mars.

Quensel, Ulrik, Studier öfver den kroniska gastritens histologi. Nord. med. ark. N. F. III. 6. Nr. 30. 1893.

Rake, Beaven, Inoculation experiments showing the nature of the pulmonary lesions in leprosy. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 171. 1893.

Rake, Beaven, Cultivation experiments with yaws tissue. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 181. 1893.

Ratschinsky, Des suites de la résection partielle et de la section des cornes utérines chez le lapin. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. II. 4. p. 679. 1893.

Reed, Walter, Association of proteus vulgaris with diplococcus lanceolatus in case of croupous pneumonia. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. V. 38. p. 24. March.

Reimer, Max, Experimente zur Lehre von der Apnöe. Wien. klin. Wchnschr. VII. 11.

Reisz, C., Om Arveligheden i Patologien. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 15.

Ribbert, Beiträge zur Histogenese d. Carcinoms. Virchow's Arch. CXXXV. 3. p. 433.

Ribbert, Die neueren Untersuchungen über Krebsparasiten. Deutsche med. Wchnschr. XX. 15.

Robinson, H. Betham, Calcarious particles in a parotid tumour. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 164. 1893.

Robinson, H. Betham, Parasitic cysts from a rabbit. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 229. 1893.

Robinson, Tom, Subnormal temperatures of the blood. Lancet I. 3; Jan.

Roger, H., Action des extraits de muscles, du sang artériel et de l'urine sur la température animale. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 246. Avril.

Rosenblatt, J., Die Todesursache d. Thiere nach Thyreoidektomie, experimentell begründet. Russk. med. 45. 46. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Rothmann, Max, Ueber Entzündung u. Atrophie d. subcutanen Fettgewebes. Virchow's Arch. CXXXVI. 1. p. 159.

Rougé, P., Recherches microscopiques et bactériologiques sur la mycose bénigne du pharynx. Paris. 8. 16 pp.

Ruffer, M. Armand, On protozoa and cancer. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 209. 1893.

Sabolotny, D., Infektions- u. Immunisirungsversuche am Ziesel (Spermophilus guttatus) gegen den Choleravibrio. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 5 u. 6.

Sabouraud, R., Note sur 3 points de l'histoire micrographique des trichophytons. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. V. 1. p. 37.

Sacharoff, N., Ueber d. Einfl. d. Kälte auf d. Lebensfähigkeit d. Malariaparasiten. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 5 u. 6.

Salvioli, J., Ueber d. physiolog. Wirkung d. lösl. Produkte einiger Bakterien u. besonders d. pyogenen Staphylokokken. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 13.

Sandmeyer, Wilh., Ueber d. Folgen d. partiellen Pankreasexstirpation b. Hund. Ztschr. f. Biol. XXXI. 1. p. 12.

Schaffer, Karl, Beitrag zur Histologie d. sekundären Degeneration, zugleich ein Beitrag zur Rückenmarksanatomie. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIII. 2. p. 252.

Scheuthauer, Gustav, Geschwulstentwicklung aus im embryonalen Leben abgeschnürten Lungenpartikeln. Ungar. Arch. f. Med. II. 3 u. 4. p. 285.

Schilling, Claus, Das Verhalten d. Altmann'schen Granula b. d. trüben Schwellung. Virchow's Arch. CXXXV. 3. p. 470.

Schilow, P. F., Ueber d. Einfluss d. Wasserstoffsuperoxyds auf einige pathogene Mikroorganismen. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XI. 6.

Schlöss, H., Anatom. Studien an Gehirnen Geisteskranker. Jahrbb. f. Psych. XII. 3. p. 157.

Schnitzler, Julius, Ueber d. Befund virulenter Staphylokokken in einem seit 35 J. geschlossenen osteomyelit. Herde. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 8 u. 9.

Schnitzler, Julius, Chirurg.-bakteriol. Mittheilungen. Internat. klin. Rundschau 16. 17. 20. 21. 1893.

Schroeter, R., Patholog.-anatom. Befunde am Clivus b. Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 433.

Schtscheglow, M. A., Bericht über d. bakteriolog. Untersuchungen, ausgeführt im bakteriolog. Cabinet d. Landschaftshospitals f. d. Gouvernement Tula während d. Choleraepidemie 1893. Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Schuchardt, Karl, Tuberkulose u. Syphilis d. Sehnenscheiden. Beiträge zur Kenntniss d. fibrinoiden Entartung d. Bindegewebes. Virchow's Arch. CXXXV. 3. p. 394.

Schwarz, Rodolfo, Metodo rapido e sicuro per sterilizzare la seta. Rif. med. X. 38.

Selter, Paul, Berichtigung zu d. Arbeit: über einige seltene heteroplast. Lipombildungen. Virchow's Arch. CXXXV. 2. p. 356.

Shattock, Samuel G., Bacteriological examination of the contents of the distended hair follicles in a case of contagious comedo. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 142. 1893.

Shattock, Samuel G., A large specimen of lamellar or corneal fibroma. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 151. 1893.

Shattock, Samuel G., Adeno-fibroma of the mamma in a male pied rat. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 229. 1893.

Sherrington, C. S., Note on experimental degeneration of the pyramidal tract. Lancet I. 5; Febr. Vgl. a. 9. p. 571. March.

Silberschmidt, W., Experim. Untersuchungen über d. b. d. Entstehung d. Perforationsperitonitis wirksamen Faktoren d. Darminhalts. [Mittheil. a. d. Kliniken u. med. Inst. d. Schweiz I. 5.] Basel u. Leipzig. Carl Sallmann. 8. S. 431—466. 1 Mk.

Sippel, Albert, Ueberimpfung d. Carcinoms auf gesunde Körperstellen d. Erkrankten. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 4.

Sittmann u. Barlow, Ueber einen Befund von Bacterium coli commune im lebenden Blute. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 3 u. 4. p. 250.

Solis-Cohen, Solomon, Vasomor ataxia; a contribution to the idiosyncrasies. Amer. Journ. of med Sc. CVII. 2. p. 130. Febr.

Sommer, Anatom. Befund b. einer im allgem. Spasmus, klon. Zuckungen u. Incoordination sich äussernden Nervenkrankheit sui generis. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 7—10.

Spencer, W. G., Congenital hypertrophy of the distal half of one foot and of the 3 middle toes. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 132. 1893.

Spirig, W., Beiträge zur Bakteriologie d. Typhuscomplikationen. [Mitth. a. Klin. u. med. Inst. d. Schweiz I. 9.] Basel u. Leipzig. Carl Sallmann. Gr. 8. S. 773—793.

Stern, R., Ueber einige neuere Ergebnisse auf d. Gebiete d. Immunitätslehre. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. V. 5. 6.

Stoecklin, Henry de, Recherches sur la mobilité et les cils de quelques réprésentants du group des coli-bacilles. [Mitth. a. d. Klin. u. med. Inst. d. Schweiz I. 6.] Bale et Leipsic. Carl Sallmann. 8. p. 467—512 et une pl. 1 Mk. 60 Pf.

Strassmann, Fritz, u. Alfred Kirstein, Die Diffusion von Giften an der Leiche. Virchow's Arch. CXXXVI. 1. p. 127.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Strauer, O., Systemat. Blutuntersuchungen bei Schwindsüchtigen u. Krebskranken. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 3 u. 4. p. 295.

Stroebe, H., Die parasitären Sporozoen in ihren Beziehungen zur menschl. Pathologie, insbes. zur Histogenese u. Aetiologie d. Carcinoms. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. V. 2. 3.

Taylor, Edward Wyllys, Zur patholog. Anatomie d. multiplen Sklerose. Ztschr. f. Nervenhkde. V. 1. p. 1.

Teissier, Sur les pyrexies apyrétiques. Lyon méd. LXXV. p. 90. Janv.

Teissier, P. J., Etude des propriétés chromogènes permanentes ou facultatives de certains microbes pathogènes ou saprophytes cultivés sur l'albumine et l'oeuf coagulé. Arch. de Méd. expérim. VI. 2. p. 315. Mars.

Terni, C., e P. Pellegrini, Ricerche sul commabacillo dell'epidemia di Livorno (1893). Uffiz. sanit. VII. 1. 2. p. 1. 49.

Thoma, Richard, Lehrbuch d. patholog. Anatomie. I. Theil: Allgem. pathol. Anatomie mit Berücksicht. d. allgem. Pathologie. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. XIV u. XVI u. 742 S. mit 436 Abbild. u. 4 Tafeln.

Tictine, J., Contribution à l'étude des méningites et des abcès produits par le bacille de la fièvre typhoïde. Arch. de Méd. expérim. VI. 1. p. 1. Janv.

Timpe, H., Erklärung zur Frage d. Gelatinebereitung. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 10 u. 11.

Tizzoni, Guido, e J. Cattani, Ueber d. Einfluss d. Milz auf d. Immunität. Deutsche med. Wchnschr. XX. 6.

Trambusti, A., e G. Nesti, Il diabete da florizina. Sperimentale XLVII. V e VI. p. 422. 1893.

Uffelmann, I., Versuche über d. Widerstandsfähigkeit d. Typhusbacillen gegen Trocknung u. über d. Möglichkeit ihrer Verschleppung durch d. Luft. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 5 u. 6.

Unna, P. G., Natürl. Reinkulturen d. Oberhautpilze. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 6. p. 257.

Vincent, H., Etude sur le parasite du „pied de Madura". Ann. de l'Inst. Pasteur VIII. 3. p. 129. Mars.

Viola, Giacinto, Alcune note intorno all'isotonia dei corpuscoli rossi de l'uomo in condizioni fisiologiche e patologiche. Gazz. degli Osped. XV. 12.

Voges, O., Ueber d. Verwendung d. Uschinsky'schen Nährbodens zur Choleradiagnose. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 13 u. 14.

Wagenmann, A., Ueber ein Papillom d. Conjunctiva mit ausgedehnter Bildung von Becherzellen. Arch. f. Ophthalmol. XL. 2. p. 250.

Wassilieff, A., De l'origine des néoplasmes en général et du cancer en particulier. Progrès méd. XXII. 15.

Weigmann, H., u. Georg Zirn, Ueber d. Verhalten d. Cholerabakterien in Milch u. Molkereiprodukten. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 8 u. 9.

Weigmann, H., u. Georg Zirn, Ueber „seifige" Milch. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 13 u. 14.

Weiss, Clara, Ueber endoneurale Wucherungen in d. peripher. Nerven d. Hundes. Virchow's Arch. CXXXV. 2. p. 326.

Werigo, Développement du charbon chez le lapin. Ann. de l'Inst. Pasteur VIII. 1. p. 1.

Wertheimer, E., De l'influence de la réfrigération de la peau sur la circulation du rein. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 308. Avril.

Wesener, F., Die Bereitung eines festen, undurchsichtigen Nährbodens für Bakterien aus Hühnereiern. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. V. 2.

Wheaton, S. W., Preparations from the organs of a case of West African „blackwater" fever. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 168. 1893.

White, W. Hale, A case of fibroid degeneration of the whole of the endocardium of the right ventricle. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 24. 1893.

Williams, W. Roger, Chronic irritation and cancer. Lancet I. 7. p. 438. Febr.

Wintersteiner, Hugo, Beiträge zur patholog. Anatomie d. traumat. Aniridie u. Iridodialyse. Arch. f. Ophthalmol. XL. 2. p. 1.

Wolff, Walter, Jodinjektionen in d. Glaskörper von Hunden. Eine experim. Studie zu *Schoeler's* „operativer Behandl. u. Heilung d. Netzhautablösung". Arch. f. Ophthalmol. XL. 2. p. 63.

Wolffhügel, G., Zur Frage d. Gelatinebereitung. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 12.

Wright, A. E., A note on certain improvements in the method of determining the condition of blood coagulability for clinical and experimental uses. Brit. med. Journ. Febr. 3.

Zeissl, M. v., Ueber durch Jod-Jodnatriumlösung b. Hunden erzeugtes Lungenödem. Wien. med. Presse XXXV. 5.

Zenthöfer, Ueber d. Verhalten d. Choleraculturen in Hühnereiern. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XVI. p. 362.

Zielinska, Marie, Beiträge zur Kenntniss der normalen u. strumösen Schilddrüse d. Menschen u. d. Hundes. Virchow's Arch. CXXXVI. 1. p. 170.

S. a. I. Friedrichsen, Hamburger, Jaksch, Ruppel, Sior, Strasser. II. Cohnstein, Colasanti. III. Meltzer, Noorden. IV. 2. Auché, Behring, Delépine, Drasche, Gruber, Morse, Ringeling, Rupp, Schild, Uffelie; 3. Chaplin, Mirinescu, Sahli, Flexner, Laache, Letulle, Montgomery, Rolleston, Voelcker; 5. Beadles, Blindemann, Dmochowski, Hawkins, Leymarie, Manson, Mettenheimer, Monro, Peckham, Rolleston, Winter; 6. Baduel, Kaefer; 7. Anderson, Muscatello; 8. Bianchi, Dana, Dutil, Redlich; 9. Muir, Williamson; 10. Bernheim, Heuss, Lang, Leistikow, Lewin, Marianelli, Ravogli, Roux, Sabouraud; 11. Carry, Justus; 12. Leichtenstern. V. 1. Barth, Frey, Pichler, Repin, Robb; 2. a. Morris; 2. c. Ljunggren. VI. Reverdin. VII. Nové, Paviot. VIII. Jakubowitsch. X. Brugger. XI. Haug, Moure. XIII. 2. Colasanti, Mangano, Sherwood, Strizower, Vas; 3. Lo Monaco. XIV. 2. Juhel; 3. Burci; 4. Aronson, Banti. XV. Buttersack, Ducamp, Glaser, Gowan, Stutzer. XX. Falk.

IV. Innere Medicin.

1) *Allgemeine Medicin. Propädeutik.*

Bianchi, Aurelio, Il fonendoscopio; nuovo strumento per l'indagine dei suoni interni. Policlin. I. 8. p. 179.

Coop, Silvio, Il metodo grafico applicato alla percussione (plessografia). Rif. med. X. 14. 15.

Eysoldt, Wolf, Kurzes Lehrbuch der inneren Krankheiten mit besond. Berücksicht. ihrer Erkennung u. Behandlung. 1. Abth. Merseburg. P. Steffenhagen. Gr. 8. VIII u. 336 S. 7 Mk. 50 Pf.

Frölich, H., Die Brustmessung im Dienste der Medicin. Leipzig. Langkammer. Gr. 8. III u. 47 S. 1 Mk. 40 Pf.

Gee, S., Auscultation and percussion, together with the other methods of physical examination of the chest. 4. edit. London. Smith, Elder and Co. 12. 344 pp. 6 Sh.

Handbuch d. spec. Therapie innerer Krankheiten, herausgeg. von *F. Penzoldt* u. *R. Stintzing*. 1 u. 2. Lief. Jena. Gust. Fischer. Gr. 8. S. 1—176.

Hoffer, Ludw., Klin. Propädeutik. Ein Lehrbuch d. klin. Untersuchungsmethoden mit einer kurzgefassten Diagnostik d. wichtigsten Lungen- u. Herzkrankheiten. Graz. Leuschner u. Lubensky. 12. VIII u. 203 S. 3 Mk. 50 Pf.

Hogner, Rich., Contemporary unilateral stetho-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

kyrtographical examinations. New York med. Record XLV. 9. p. 260. March.

Klinkert, De clinische waarde van het haematologisch onderzoek. Nederl. Weekbl. I. 11.

Moritz, Bericht über d. med. Poliklinik in München im J. 1893. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 10.

Neusser, Edm., Ueber Diagnostik u. Therapie in d. innern Medicin. Wien. W. Braumüller. Gr. 8. 27 S. 70 Pf.

Peyer, Alexander, Vom „Harnbeschauen". Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 3.

Queirolo, G. B., Il metodo clinico. Rif. med. X. 13.

Strümpell, Adolf, Lehrbuch d. spec. Pathologie u. Therapie d. innern Krankheiten. 8. Aufl. 1. Band: akute Infektionskrankheiten, Respirations- u. Cirkulationsorgane. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. VIII u. 576 S. mit 38 Abbild. 12 Mk.

S. a. I. *Harnuntersuchung.* III. *Experimentelle Pathologie.* IV. 4. Blum.

2) *Allgemeine Infektionskrankheiten.*

Aaser, Om intubation vid krup. Eira XVIII. 4.

Albu, Alb., Zur Kenntniss der Influenzapneumonien. Deutsche med. Wchnschr. XX. 7.

Allan, James W., Intestinal haemorrhage in enteric fever. Glasgow med. Journ. XLI. 2. p. 90. Febr.

Arustamow, M. J., Ueber die Bekämpfung der Choleraepidemie von 1892 in Astrachan. Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Atkinson, F. P., Notification and isolation in small-pox. Lancet I. 8. p. 503. Febr.

Auché, B., Contribution à l'étude anatomo-pathologique et pathogénique de la broncho-pneumonie variolique. Arch. clin. de Bord. III. 1. p. 23. Janv.

Aufrecht, E., Die sept. Scharlachnephritis. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 3 u. 4. p. 339.

Aufrecht, Ueber eine lebensgefährl. Frühcomplikation d. Rachendiphtherie. Therap. Monatsh. VIII. 3. p. 100.

Ayräpää, Matti, Actinomycosis. Duodecim X. 1. S. 6.

Babes, V., et Al. Talasescu, Essais de prévenir et de combattre la diphthérie. Roumanie méd. II. 1. p. 9.

Bäumler, Chr., Die Influenzaepidemie 1893—94 in Freiburg i. Br. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 9.

Barbier, Les lésions du foie dans les maladies infectieuses aiguës. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 14.

Bates, Everett A., A case of tuberculous pericarditis with enormous effusion, general tuberculosis; autopsy. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 1. p. 7. Jan.

Beale, E. Clifford, The dissemination of tuberculous disease by means of infected dust. Lancet I. 8; Febr.

Beatty, H. B., Second attacks of scarlet fever. Brit. med. Journ. March 17. p. 575.

Behring, Zur Diphtherieheilungsfrage. Deutsche med. Wchnschr. XX. 15.

Belfanti, Sulla propagazione del virus difterico. Rif. med. X. 69.

Bergmann, J., Ein neuer Vorschlag zur Prophylaxe gegen Diphtherie. Med. Post II. 6.

Bergqvist, Jakob, Några anteckningar angående en liten smittkoppsepidemi i Skaraborgs län sommaren 1893. Hygiea LVI. 3. S. 215.

Bertololy, Ueber latente Tuberkulose. Ver.-Bl. d. Pfälz. Aerzte X. p. 47. März.

Bezancon, Fernand, Contribution à l'étude de la tachycardie symptomatique de la tuberculose. Revue de Méd. XIV. 1. p. 38.

Bianchini, Antonio, Sopra un nuovo trattamento della difterite. Gazz. degli Osped. XV. 34.

Blume, A., Malign Influenza. Hosp.-Tid. 4. R. II. 10.

Boshinski-Boshko, G. G., Bericht über die Choleraepidemie von 1893 auf d. Station Kursk. Von wo ist d. Cholera nach d. Niederlassung Jamskaja b. d. Station Kursk unmittelbar eingeschleppt worden? Ueber d. Einfl. verschied. Bezugsquellen f. d. Trinkwasser auf d. Gang d. Epidemie 1893 unter d. Angestellten d. Eisenbahn. Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Boulengier, O., Les angines maladies générales. Presse méd. XLVI. 2.

Brooke, T. B., The difficulties of diagnosing small-pox. Lancet I. 3. p. 178. Jan.

Bruïre, P. J. de, Ueber einen Fall von akuter Miliartuberkulose mit d. ausgeprägten Bilde d. Abdominaltyphus. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 13.

Bucquoy, Sur l'épidémie de fièvre typhoïde à Paris. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 11. p. 274. Mars 13.

Buxbaum, B., Zur Influenza cerebralis. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 6.

Caillé, August, Individuelle Prophylaxe gegen Diphtherie d. obern Luftwege. New Yorker med. Mon.-Schr. VI. 3. p. 93. März.

Carasso, L. M., Neue Methode der Therapie der Lungentuberkulose. Wien. klin. Wchnschr. VII. 11.

Carslaw, John H., On the severer forms of scarlet fever, with special reference to antipyretic methods of treatment. Glasgow med. Journ. XLI. 2. p. 98. Febr.

Cart, De l'actinomycose. Arch. gén. p. 342. Mars.

Casey, Edward, Maternal small-pox; infection of child after birth. Brit. med. Journ. Febr. 3. p. 239.

Chalmers, Arch. K., Scarlatina and scarlatinal sore-throat; a record of milk infection. Glasgow med. Journ. XLI. 2. p. 117. Febr.

Chantemesse, A., L'épidémie cholérique de Constantinople en 1893. Semaine méd. XIV. 6.

Chantemesse, A., L'eau de rivière et la fièvre typhoïde. Semaine méd. XIV. 16.

Chapman, W. Carroll, Diphtheria, primarily a local, secondarly a constitutional disease. Med. News LXIV. 3. p. 67. Jan.

Choleraepidemie in der Türkei u. speciell in Constantinopel. Deutsche med. Wchnschr. XX. 5. 6.

Clarke, J. St. Thomas, Traumatic tetanus treated by injections of tetanus antitoxina; recovery. Lancet I. 4. p. 206. Jan.

Clemow, Frank, The recent pandemic of influenza, its place of origin and mode of spread. Lancet I. 3. 6; Jan., Febr.

Cohn, Moritz, Vorläuf. Mittheilung zur Behandl. d. Lungentuberkulose. Deutsche med. Wchnschr. XX. 14.

Combemale, F., Des complications pulmonaires graves dans le typhus exanthématique. Bull. de Thér. LXIII. 14. p. 299. Avril 15.

Coutts, General tuberculosis; death from extensive disseminated haemorrhagies. Brit. med. Journ. March 3. p. 464.

Creighton, C., Typhoid fever in the Tees valley. Brit. med. Journ. April 7. p. 771.

Crerar, John, On influenza and some of its sequelae. Lancet I. 5; Febr.

Da Costa, J. M., Cases of influenza simulating typhoid fever and cerebrospinal meningitis. Univers. med. Mag. VI. 5. p. 289. Febr.

Delépine, Sheridan, On the value of the bacteriological diagnosis of asiatic cholera. Brit. med. Journ. Jan. 20.

Demuth, Zur Influenzaepidemie d. J. 1893. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte X. p. 28. 56. Febr., März.

Destrée, L'influenza. Journ. de Brux. LII. 10. p. 145. Mars.

Devaux, A., L'épidémie de choléra de 1893 en Belgique et les mesures prises par le gouvernement contre la maladie. Presse méd. XLVI. 3.

Di Mattei, Eugenio, Das Trinkwasser d. Reitana u. d. Typhus in Catania von 1887 bis 1892. Arch. f. Hyg. XX. 1. p. 78.

Dock, George, Pernicious malarial fever. Amer. Journ. of the med. Sc. CVII. 4. p. 379. April.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Doerfler, Hans, Ein weiterer mit *Behring's* Heilserum behandelter Fall von Tetanus. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 15.

Drasche, Ueber d. gegenwärt. Stand d. bacillären Cholerafrage u. über diesbezügl. Selbstinfektionsversuche. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 4. 5. 6. 11—14.

Dubenski, S. J., Bericht über d. Choleraepidemie von 1893 im Nowossilschen Kreise des Gouvernements Tambow. Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Dujardin-Beaumetz, Sur l'épidémie de fièvre typhoïde. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 12. p. 289. Mars 20.

Dukes, Clement, On the features which distinguish epidemic roseola (rose rash) from measles and from scarlet fever. Lancet I. 13; March.

Dupuy, L. E., Contribution à l'étude étiologique du choléra de 1892 dans la banlieue parisienne. Progrès méd. XXII. 7. 8. 9.

Engstrand, G., Till behandlingen af difteri. Eira XVIII. 3.

Eshner, Augustus A., Influenza followed by pleuritis and endocarditis. Med. News LXIV. 6. p. 148. Febr.

Fedorow, S. P., Tetanus u. seine Heilung mit subcutanen Einspritzungen von Blutserum künstl. immunisirter Thiere. Chir. Ljetop. III. 5. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Feer, Emil, Aetiolog. u. klin. Beiträge zur Diphtherie. [Mittheil. a. Klin. u. med. Inst. d. Schweiz I. 7.] Basel u. Leipzig. Carl Sallmann. Gr. 8. S. 515—701.

Finsen, Niels R., Koppebehandling med Udelukkelse af de kemiske Straaler. Hosp.-Tid. 4. R. II. 10.

Flexner, Simon, and Lewellys F. Barker, A contribution to our knowledge of epidemic cerebro-spinal meningitis. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 2. 3. p. 155. 259. Febr., March.

Forbes, Charles, Memorandum of a case of Bishe or malignant African dysentery. Glasgow med. Journ. XLI. 4. p. 282. April.

Fraenkel, A., Ueber eigenartig verlaufene septikopyäm. Erkrankungen, nebst Bemerkungen über akute Dermatomyositis. Deutsche med. Wchnschr. XX. 9. 10. 11.

Fraenkel, A., u. G. Troje, Ueber d. pneumon. Form d. akuten Lungentuberkulose. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 3 u. 4. p. 210.

Freyhan, Th., Ein Ueberblick über d. gegenwärt. Stand d. Weil'schen Krankheit. [Berl. Klin. 68.] Berlin. Fischer's med. Buchh. Gr. 8. 28 S. 60 Pf.

Frickhinger, Gottfried, Ueber Erysipel u. Erysipelrecidive. Ann. d. städt. Krankenh. in München p. 141.

Gerlier, Le charbon dans un village du pays de Gex. Revue méd. de la Suisse rom. XIV. 4. p. 221. Avril.

Goldschmidt, Une épizootie et une épidémie aiguës de rage à Madère. Ann. de l'Inst. Pasteur VIII. 1. p. 54.

Goldschmidt, F., Zur Casuistik d. Tuberkulose im Kindesalter. Münchn. med. Wchnschr. XL. 52. 1893.

Golgi, Camillo, Sur les fièvres malariques estivo-automnales de Rome. Arch. ital. de Biol. XX. 2 et 3. p. 288. — Deutsche med. Wchnschr. XX. 13. 14.

Grandhomme, Eine Pockenepidemie des Jahres 1893 zu Frankfurt a. M. u. Umgebung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 2. p. 365.

Grasset, Pneumococcie méningée. Semaine méd. XIV. 14.

Grebenschtschikow, W. J., Statist. Cholerakarten. Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Greenley, T. B., Is diphtheria always of microbic origin, and due to contagion? Amer. Pract. and News XVII. 4. p. 121. Febr.

Gruber, Max, Cholera-Studien. Ueber d. bakteriolog. Diagnostik d. Cholera u. d. Cholera-Vibrio. Arch. f. Hyg. XX. 2. p. 123.

Guder, Paul, Ueber d. Zusammenhang zwischen Trauma u. Tuberkulose. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 2. p. 241.

Guiteras, Ramon, Influenza, causes, complications and treatment. New York med. Record XLV. 3. p. 76. Jan.

Guntermann, P., A case of erysipelas. Amer. Pract. and News XVII. 5. p. 168. March.

Hamilton, C. H., Prophylactic and germicidal treatment of diphtheria. Med. News LXIV. 10. p. 270. March.

Happe, O., Die Cholera d. Kinder in d. Hamburger Epidemie vom J. 1892. Verh. d. 10. Vers. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 1.

Harris, A. Butler, Syncope after influenza. Lancet I. 3. p. 181. Jan.

Hervieux, Epidémie variolique de Paris. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 8. p. 153. Févr. 20.

Heubner, O., Die Anwendung d. Heilserum b. d. Diphtherie. Schmidt's Jahrbb. CCXLII. p. 113.

Hewetson, John, The urine and the occurrence of renal complications in typhoid fever. Johns Hopkins Hosp. Rep. IV. 1. p. 113.

Högerstedt, A., u. L. v. Lingen, Die Cholera im Herbst 1893 [in Petersburg]. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XI. 7. 8.

Hogner, Rich., Treatment of small-pox by non-admittance of the chemical rays of light. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 2. p. 35. Jan.

Homan, Geo., Waterborne cholera. Brit. med. Journ. Febr. 24. p. 437.

Jacobi, A., Local treatment of diphtheria. Therap. Gaz. 3. S. X. 3. p. 145. March.

Jaksch, R. von, Therapeut. Mittheilungen über d. Typhus abdominalis. Prag. med. Wchnschr. XIX. 11.

Johansen, Anders, I Anledning af et Par Tyfusepidemier. Hosp.-Tid. 4. R. II. 3. 4.

Kanellis, Spiridion, Traitement des fièvres intermittentes chroniques. Bull. de Thér. LXIII. 14. p. 325. Avril 15.

Karlinski, Justyn, Kleine Beiträge zur Aetiologie d. Cholera. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 7. 8.

King, Alfred J., Compulsory notification of measles and phthisis. Lancet I. 13. p. 833. March.

Klein, E., Beobachtungen über d. Cholera in England. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XVI. 2. p. 249.

Koch, Carl, Weitere 6 Fälle von Actinomycosis hominis aus Nürnberg u. Umgebung. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 8. 9.

Kolsky, Peter Iwanowitsch, Bericht über eine Reise wegen der Choleraepidemie nach der Stadt Eupatoria vom 11.—15. October 1893. Simferopol. Tipogr. Spiro. 8. 45 S. [Russisch.]

Kusnezow, A. Ch., u. F. L. Herrmann, Influenza. Nach d. Russ. bearb. von *Jos. V. Droxda*. Neue Ausg. Wien. J. Safář. Gr. 8. V u. 105 S. 2 Mk.

Lagneau, G., De la mortalité par tuberculose selon les professions, selon l'habitat. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 8. p. 167. Févr. 20.

Laurenti, Giuseppe, Un caso di gangrena simmetrica di origine spinale da influenza. Rif. med. X. 34.

Leask, Henry L. G., Recrudescence in scarlet fever. Brit. med. Journ. Febr. 3. p. 240.

Lebon, H., Nature et traitement de l'érysipèle. Gaz. des Hôp. 18.

Le Gendre, Sur l'angine pseudo-membraneuse amicrobienne, consécutive à la diphthérie, prolongée par irritation chimique ou mécanique. Revue d'Obstétr. VII. p. 15. Janv.

Legnani, Torquato, Pneumotifo. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 4. p. 549.

Lereboullet, L., L'épidémie de fièvre typhoïde à Paris. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 11.

Lindén, Febris infectiosa cum ictero, Morbus Weilii, med dödlig utgång. Finska läkaresällsk. handl. XXXVI. 1. S. 32.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Loomis, Henry P., The dietetic treatment of phthisis. New York med. Record XLV. 12. p. 353. March.

Lucatello, L., Beitrag zur Pathogenese d. Kehlkopfaffektionen bei Typhus. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 16.

Macartney, Duncan, Septicaemia during scarlet fever, implicating several joints, and causing necrosis of the clavicula. Glasgow med. Journ. XLI. 4. p. 279. April.

Mc Collom, J. H., Remarks on diphtheria. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 5. p. 107. Febr.

Mc Gibbon, John, Hospital versus home mortality in infectious disease. Lancet I. 9. p. 571. March.

Mc Vail, John C., On the aerial convection of small-pox from hospitals. Lancet I. 5; Febr. vgl. a. 9. 12. p. 569. 773. March.

Maillart, Hector, Etude sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau ingérée en boissons abondantes. Revue de Méd. XIV. 3. p. 255.

Marchiafava, E., ed A. Bignami, Osservazioni critiche intorno ad un recentissimo scritto del prof. *C. Golgi* sulle febbri estivo-autunnali. Policlin. I. 3. p. 105. Marzo.

Martin, André, Epidémie d'oreillons. Revue de Med. XIV. 3. p. 201.

Mason, A. L., Second attacks of typhoid fever in adults. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 8. p. 180. Febr.

Mayet, H., De la septicémie gazeuse. Gaz. des Hôp. 30.

Miniat, Ueber d. Behandl. d. Lungentuberkulose. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 7. p. 225.

Morris, Henry, A case of tetanus; recovery. Lancet I. 4. p. 206. Jan.

Morse, John Lovett, A bacteriological study of 400 cases of inflammation of the throat, occurring in diphtheria and scarlet fever, with especial reference to pathogenesis. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 7. 8. p. 162. 182. Febr.

Munk, N., Een geval van typhus abdominalis. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXIV. 1. blz. 88.

Navarre, P. J., Observation de tétanos céphalique. Lyon méd. LXXV. p. 152. Févr.

Obraszow, Ueber d. diagnost. u. prognost. Bedeutung d. Palpation d. Ileum u. d. Mesenterialdrüsen b. Unterleibstyphus. Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Oettinger, La spécificité de la varicelle. Semaine méd. XIV. 7.

Oriou, Contribution à l'étude de l'urologie dans la fièvre typhoïde au point de vue des oxydations intra-organiques et de l'élimination des déchets de la combustion et de la désintégration des tissues. Revue de Méd. XIV. 1. p. 53.

Osler, William, Purgative treatment of typhoid fever. New York med. News XLV. 13. p. 416. March.

Osler, William, Treatment of typhoid fever. Johns Hopkins Hosp. Rep. IV. 1. p. 1. 3. 12. 50.

Osler, William, Typhoid fever in Baltimore. Johns Hopkins Hosp. Rep. IV. 1. p. 159.

Penman, R. S., Case of hydrophobia. Glasgow med. Journ. XLI. 3. p. 184. March.

Petersen, Jul., Koppesygdommen og dens Behandling efter ældre Tiders Opfattelse. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 7. 8.

Petresco, Z., a) Die Behandl. d. Typhus exanthematicus mittels Hydrotherapie. — b) Die Behandlung d. Abdominaltyphus mit β-Naphthol. Wien. med. Presse XXXV. 14.

Petri, Aage, Tre Tilfälde af infektiös Ikterus (Weil's Sygdom). Hosp.-Tid. 4. R. II. 12.

Pettenkofer, Max von, Choleraexplosionen u. Trinkwasser. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 12. 13.

Pfeiffer, R., Studien zur Choleraätiologie. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XVI. 2. p. 268.

Phillips, Tracheotomy for diphtheritic obstruction in a child 12 months old; recovery. Lancet I. 9. p. 539. March.

Picot, Sur la myocardite typhique et la disparition du premier bruit du coeur. Semaine méd. XIV. 8.

Plicque, A. F., Traitement de la variole. Gaz. de Par. 4.

Plicque, Traitement de la diphthérie. Revue d'Obstétr. VII. p. 27. Janv.

Porter, Charles, Notes and queries on small-pox. Brit. med. Journ. Jan. 27.

Prichard, Augustin, Influenza in 1775. Lancet I. 3. p. 175. Jan.

Prieur, La dysentérie dans la garnison de Poitiers en 1892. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 3. p. 172. Mars.

Proust, A., Pustule maligne transmise par les peaux de chèvres venant de Chine. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 2. p. 57. Janv. 9.

Quincke, H., u. A. Stühlen, Zur Pathologie des Abdominaltyphus. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 15.

Rabot, Du tubage dans le croup. Lyon méd. LXXV. p. 259. Févr.

Raubitschek, J., Eine neue Behandl. d. Keuchhustens. Therap. Monatsh. VIII. 4. p. 188.

Reger, Demonstration graph. Darstellungen von Epidemien von Infektionskrankheiten. Verh. d. 10. Vers. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 32.

Remesoff, Th., u. S. Fedoroff, 2 Fälle von Tetanus traumaticus, behandelt und d. eine von ihnen geheilt durch d. Blutserum immun gemachter Thiere (Hunde). Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 4.

Rem-Picci, Giacomo, e Gaetano Bernasconi, Sulla eliminazione dei fosfati per le urine nelle febbri malariche. Policlin. I. 8. p. 131.

Repetitorium, kurzes, d. epidem. Krankheiten. III. Typhus (abdom., petech., recurrens) u. Dysenterie. Wien. M. Breitenstein. 8. 41 S. 75 Pf.

Richard, E., Mort subite au début d'une maladie infectieuse. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 3. p. 221. Mars.

Ringeling, H. G., Iets over de bacteriologische cholera-diagnose. Nederl. Weekbl. I. 3.

Ritter, Julius, Weiteres über den Keuchhusten. Verh. d. 10. Vers. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 36.

Ritter, Julius, Die Aetiologie u. Behandlung d. Diphtherie. Verh. d. 10. Vers. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 130.

Robin, Albert, Etudes cliniques sur la nutrition dans la tuberculose pulmonaire chronique. Gaz. de Par. 11.

Robin, Albert, Des oxydations et de l'élimination des déchets dans la fièvre typhoïde. Revue de Méd. XIV. 3. p. 262.

Rosahnsky, H., The treatment of cholera. New York med. Record XLV. 5. p. 140. Febr.

Ruland, M. H. J., Enkele aanteekeningen met betrekking tot de diphtheritis-epidemie te Maastricht. Nederl. Weekbl. I. 8.

Rupp, Adolph, Aphthae and Diphtheria. Amer. Journ. of Obstetr. XXIX. 2.

Ryle, R. J., Acute inflammation of antrum in influenza. Brit. med. Journ. March 17. p. 574.

Santori, F. S., Beitrag zur Behandlung d. Infektionskrankheiten. Moleschott's Untersuch. XV. 2. p. 170.

Schaefer, Die Typhusepidemie des J. 1891 im Kreise Niederbarnim. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 12.

Schild, Eine Typhusepidemie mit nachweisbarer Entstehungsursache u. d. Diagnose des Typhusbacillus mittels Formalin. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XVI. 2. p. 373.

Schlenker, Emil, Beiträge zur Lehre von der menschl. Tuberkulose. Inaug.-Diss. (Zürich.) Berlin 1893. 8. 77 S.

Schmitz, N. A., Ein Fall von Complikation der Cholera (Recidiv) mit Muskelcontrakturen. Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Schubert, Ueber d. gegenwärt. Stand d. Behandl. d. Lungenschwindsucht (Tuberkulin). 22. schles. Bädertag p. 48.

Sestini, Leone, Di un caso di pustola maligna e della sua cura. Sperimentale XLVIII. 4.

Sisley, Richard, Aerial convection of small-pox from hospitals. Lancet I. 8. 11. p. 502. 707., Febr., March.

Sittmann, G., Ein Fall von akuter Rotzinfektion b. Menschen. Ann. d. städt. Krankenh. in München p. 84.

Ssmirnow, P., Ueber Massage im Verlauf des Typhus abdominalis. Wratsch 47. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 2.

Stendahl, A. M., Smittkoppsepidemien i Ockelbo distrikt vid början af år 1893. Hygiea LVI. 1. S. 35.

Steudel, E., Die perniciöse Malaria in Deutsch-Ostafrika. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. 79 S. mit 1 Curventafel. 2 Mk.

Székely, August von, Die Behandl. d. tuberkulösen Lungenschwindsucht. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. VII u. 120 S. 2 Mk. 80 Pf.

Tavel, Beitrag zur Serumtherapie des Tetanus. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 4.

Thayer, William Henry, The treatment of influenza. New York med. Record XLV. 5. p. 139. Febr.

Thayer, W. S., 2 cases of post-typhoid anaemia, with remarks on the value of examinations of the blood in typhoid fever. Johns Hopkins Hosp. Rep. IV. p. 83.

Thistle, W. B., Eliminative and antiseptic treatment of typhoid fever. New York med. Record XLV. 10. p. 289. March.

Thoinot, L., Quelques mots sur l'épidémie actuelle de choléra [à Paris]. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 4. p. 368. Avril.

Thoinot, L., et H. Dubief, Le choléra de 1892 dans le département de la Seine (Paris et banlieue). Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 2. p. 124. Févr.

Thorner, E., Zur Behandl. d. Lungentuberkulose mittels Koch'scher Injektion. Berlin. S. Karger. 8. 36 S. 1 Mk.

Tizzoni, G., u. F. Centanni, Serum gegen Rabies, von hoher immunisirender Kraft, auf d. Menschen anwendbar. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 8.

Tuberkulose s. III. *Borrel, Clarke, Hebb, Kerez Kotlar, Liebreich, Nanotti, Schuchardt, Strauer.* IV. 2. *Bates, Beale, Bertololy, Bexançon, Bruïre, Carasso, Cohn, Coutts, Goldschmidt, Guder, King, Lagneau, Loomis, Miniat, Robin, Schlenker, Schubert, Szekely, Thorner, Vickery;* 4. *Squire;* 8. *Mc Vail;* 10. *Bramwell, Dubreuilh, Eraud, Hardaway, Knickenberg, Lewin, Rutherford.* V. 1. *Durante, Mauclaire, Mikulicz, Miller, Zeller;* 2. a. *Lohoff, Ord, Stubenrauch;* 2. c. *Casinari, Demmler, Gatti, Hartmann, Kramer, Legueu, Smith;* 2. d. *Massary, Schede;* 2. e. *Ménard, Odisio.* VI. *Meyer, Morton.* X. *Baas, Hippel, Samelsohn, Velhagen.* XIII. 2. *Landerer, Lindemann, Naumann, Schum, Stoerk, Winkler;* 3. *Law.* XV. *Friis.* XVIII. *Bollinger.*

Uffelie, W. F. J., De chemotaxis in dienst der cholera-diagnose. Nederl. Weekbl. I. 3.

Vickery, Herman F., The prevention of tuberculosis. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 1. p. 5. Jan.

Warth, Ueber d. Influenza. Bad. ärztl. Mittheil. XLVIII. 6.

White, H. Warren, A personal experience with small-pox. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 4. p. 91. Jan.

Wilmans, Ueber Behandlungsweisen des Typhus abdominalis. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 8.

Wörner, Eine lokale Epidemie von Influenza typhosa. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 7. 8. 9.

Wolffberg, Die Cholera in Tilsit 1893. Centr.-Bl. f. allgem. Geshpfl. XIII. 1 u. 2. p. 1.

Wolffberg, Die Ruhr in Tilsit 1893. Centr.-Bl. f. allgem. Geshpfl. XIII. 3 u. 4. p. 84.

Wolkow, N. D., Einige Sonderheiten der Choleraverbreitung in d. JJ. 1892—93, beobachtet im Orlow'schen Gouvernement. Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Wyssokowitsch, J. W. K., Ueber die Choleraepidemie in d. Stadt Charkow in d. JJ. 1892—93. Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Zahn, Ueber d. neueren prophylakt. Bestrebungen auf d. Gebiete d. akuten Infektionskrankheiten. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte X. p. 21. Febr.

Zampetti, Alfonso, Determinazione critica d'una tifoide. Gazz. Lomb. 3.

Zinno, Andrea, Sul colera in Napoli. Rif. med. X. 79.

S. a. III. *Mikroorganismen.* IV. 1. Strümpell; 3. *Empyem, Pleuritis, Pneumonie,* Sahli; 4. Bezançon, Kidd, Sansom; 5. Bartlett, Calvert, Hektoen, Holmes, Kruse, Lévi, Macleod, Morris, Thursfield, Young; 7. *Rheumatismus;* 8. Gay, Glogner, Moyer, Osler, Wysard; 10. Penrose. V. 1. Caillet; 2. a. Browne, Moxham, Semon. VII. Crowell, Davis, Drage, Haven, Jones, Le Roy, Maffuci, Rossi, Swiecicki. VIII. Breton, Fischl, Rudolf. IX. Tschich. X. Galtier, Schroeder, Trousseau. XI. Garnault, Schwabach. XIII. 2. Binz, Da Costa, Fratnich, Jaksch, Meynard, Rudnew, Salinger, Schofield. XIV. 1. Jaccoud; 2. Juhel, Stephen; 4. Page. XV. *Vaccination,* Gibert, Hennius, Kamm, Lop, Pettenkofer, Sticker, Toms. XVIII. Wright. XIX. Englund. XX. Rake.

3) *Krankheiten des Respirationsapparates (und des Mediastinum).*

Abelmann, M., Ein Fall von Bronchiektasie nach Keuchhusten. Boln. gas. Botk. 45. 46. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Anderson, T. Mc Call, On mediastinal tumours. Brit. med. Journ. Jan. 27.

Arnozan, X., Du déplacement de la ligne de matité suivant la position du malade dans les épanchements pleurétiques. Arch. clin. de Bord. III. 3. p. 143. Mars.

Barco, Erminio, Una forma rara di spasmo tonico accessionale del diaframma in pleurite diaframmatica. Gazz. degli Osped. XV. 22.

Barjon, Oedème aigu rétropharyngé et pneumonie. Lyon méd. LXXV. p. 446. Avril.

Bayliss, E. B., The local treatment of chronic coughs. New York med. Record XLV. 8. p. 233. Febr.

Bishop, Seth S., A new and successful treatment of hay-fever. Med. News LXIV. 8. p. 197. Febr.

Brunner, Hans, Ueber epidem. Auftreten d. genuinen croupösen Pneumonie. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 5 u. 6. p. 454.

Campbell, J. B., 3 cases of pneumonia followed by mania. Med. News LXIV. 9. p. 236. March.

Chaplin, Arnold, Lymphadenoma of the lungs and other organs. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 13. 1893.

Devoto, L., Sullo spostamento del fegato nella pleurite essudativa di sinistra. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 4. p. 690.

Dumarest, Sarcome primitif de la plèvre et du poumon droit. Lyon méd. LXXV. p. 127. Janv.

Guder, Contribution à l'étude de la toux réflexe, et en particulier de la toux auriculaire. Revue de Laryngol. etc. XV. 6. p. 177. Mars.

Hebb, R. G., Primary cancer of the pleura. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 5. 1893.

Kerr, J. L., Broncho-pneumonia and climate; a local study. Lancet I. 9; March.

Le Gendre, De l'utilité des enveloppements humides permanents du thorax contre l'élément fluxionnaire dans les maladies des voies respiratoires. Revue d'Obstétr. VII. p. 88. Mars.

Legnani, Torquato, Iniezioni endovenose nella

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

pneumonia crupale. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 4. p. 543.

Legry, Infection pleuro-pulmonaire intra-utérine. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 27. p. 709. Déc. 1893.

Löwit, M., Ueber d. Entstehung d. Lungenödems. Ein Beitrag zur Lehre vom Lungenkreislauf. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XIV. 3. p. 401. 1893.

Manchot, Epiglottisrandgeschwüre b. croupöser Pneumonie. Deutsche med. Wchnschr. XX. 7. p. 161.

Manicatide, Ulcérations de la cornée au cours de la pneumonie lobaire. Roumanie méd. I. 8. p. 253.

Metcalfe, Orrick, The treatment of cough by manipulation. New York med. Record XLV. 14. p. 438. April.

Miller, N., Zur Diagnose d. Lungenentzündungen b. kleinen Kindern. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVII. 3 u. 4. p. 273.

Mirinescu et J. Baroncea, Sarcome primitif du poumon; mort; nécropsie. Revue des Mal. de l'Enf. XII. p. 82. Févr.

Mollière, H., Asthme des foins. Lyon méd. LXXV. p. 92. Janv.

Nascimbene, A., Di un caso di spostamento del cuore a destra consecutivo ad essudato pleurico. Gazz. Lomb. 4.

Paterson, D. R., Pneumonia after external violence. Lancet I. 3; Jan.

Prescott, William H., Observations on pneumonia. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 10. p. 229. March.

Reichard, E. E., The treatment of lobar pneumonia without opium or digitalis. New York med. Record XLV. 5. p. 139. Febr.

Rochester, Delancey, 3 cases of lung-abscess, with comments upon the etiology, diagnosis and treatment of the condition. Med. News LXIV. 3. p. 61. Jan.

Rosenblatt, J., Die Lungenkrankheiten in der Schweiz. Vjhrschr. f. öff. Gesh pfl. XXVI. 2. p. 292.

Sahli, Ueber d. Perforation seröser pleurit. Exsudate nebst Bemerkungen über d. Befund von Typhusbacillen in d. serösen Pleuraexsudat eines Typhuskranken. [Mittheil. d. Klin. u. med. Inst. d. Schweiz I. 9.] Basel u. Leipzig. Carl Sallmann. Gr. 8. S. 751—769.

Stoïcesco, G., Etude comparative sur les différentes formes de pneumonie observées depuis le 1 janv. jusqu'au 1 avril 1893. Roumanie méd. I. 8. p. 225.

Sziklai, Carl, Welches ist d. empfehlenswertheste Behandlung d. Pneumonie? Wien. med. Presse XXXV. 5.

Traub, J., Einfacher Compressionsapparat zur mechan. Behandlung von Asthma u. Emphysem mit Druckregulator. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 4.

Turner, F. Charlewood, Emphysematous lesions of the lungs. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 7. 1893.

Turney, H. G., A case of chylous pleurisy and ascites. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 1. 1893.

Wagner, E. C., An interesting degree of hyperpyrexia in a pneumonia patient. Univers. med. Mag. VI. 7. p. 471. April.

Warner, Frank, A case of extensive pleuritic adhesions. New York med. Record XLV. 7. p. 205. Febr.

White, W. Hale, Growth of the mediastinum implicating the heart and opening into both the oesophagus and aorta. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 14. 1893.

Zeissl, M. von, Ueber toxisches Lungenödem. (Vorläuf. Mitth.) Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 23.

S. a. I. Zenoni. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Blasucci, Lévi, Reed, Zeissl. IV. 1. Bianchi, Coop, Frölich, Gee, Hoffer, Strümpell; 2. *Lungentuberkulose,* Albu, Auché, Combemale, Eshner, Legnani; 5. Bard, Hektoen; 6. Gouget; 7. Thévenot; 11. Hymanson. V. 2. a. Hamilton; 2. c. *Lungenchirurgie;* 2. d. Lafarelle. VI. Profanter. VIII. Fischl. XIII. 2. Petresco, Sziklai, Volland. XIV. 4. Brügelmann, Denison.

4) *Krankheiten des Cirkulationsapparates.*

Addison, Christopher, Death from haemorrhage into the pericardium. Lancet I. 10; March.

Anderson, M'Call, Clinical memoranda: a) Intrathoracic tumour; aneurysm (?). — b) Aneurysm of the abdominal aorta. Glasgow med. Journ. XLI. 3. p. 163. 166. March.

Aufrecht, E., Ueber einen Fall von primärer Fragmentation d. linken Ventrikels. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 3 u. 4. p. 205.

Barr, James, The treatment of mitral stenosis. Therap. Gaz. 3. S. X. 3. p. 148. March.

Basch, R. von, Betrachtungen über die Aorteninsufficienz. Wien. med. Presse XXXV. 11.

Battle, William Henry, Aneurysma of the vertebral and internal carotid arteries. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 42. 1893.

Beadles, Cecil F., Rupture of the heart in the insane. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 18. 1893.

Beadles, Cecil F., Syphilitic (?) disease of the aorta, with dilatation of the heart and occlusion of the left subclavian artery. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 43. 1893.

Bezançon, Fernand, Endocardite infectieuse à streptocoques; gangrène séche du membre inférieur gauche. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 26. p. 675. Nov.—Déc. 1893.

Boquel, Cyanose; rétrécissement de l'artère pulmonaire; communication interventriculaire; persistance du trou de Botall; absence du canal artériel. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 26. p. 680. Nov.—Déc. 1893.

Burgess, A case of malignant endocarditis. Dubl. Journ. XCVII. p. 273. 308. March, April.

Campbell, Harry, The significance of the „funnel-shaped" and „button-hole" openings in stenosis of the cardiac valves. Lancet I. 6; Febr.

Cardarelli, Aneurisma della brachio-cefalica. Gazz. degli Osped. XV. 17.

Clarke, J. Jackson, A case of ulcerative endocarditis associated with stenosis of the conus arteriosus and affecting chiefly the pulmonary valve, with ulceration of the main pulmonary artery. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 29.

Claessen, Casuistischer Beitrag zur Lehre von d. Stenose d. Isthmus aortae. Intern. klin. Rundschau 4. 6.

Coradeschi, Umberto, Endocardite acuta erisipelatosa. Gazz. degli Osped. XV. 30.

Da Costa, J. M., Cardiac asthenia, or heart exhaustion. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 4. p. 361. April.

Du Pasquier, Ch., et Jolly, Anévrysme artériel intrapéricardique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 25. p. 669. Déc. 1893.

Edel, Perforirte Aortenaneurysmen. Deutsche med. Wchnschr. XX. 11. p. 259.

Everett, Oliver H., A case of pulmonary stenosis in an adult. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 9. p. 207. March.

Fay, William E., A case of malignant endocarditis. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 8. p. 189. Febr.

Flexner, Simon, Fatty degeneration of the heart muscle. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. V. 38. p. 26. March.

Forselles, Arthur af, Ett fall af trombos af sinus cavernosus. Finska läkaresällsk. handl. XXXVI. 3. S. 209.

Fox, A case of cerebral haemorrhage in a child 7 years of age, following mitral disease. Lancet. I. 4. p. 207. Jan.

Fränkel, A., Kleinapfelgrosses sackförm. Aneurysma d. Arcus aortae, welches in wenigen Tagen durch Erstickung zum Tode führte. Deutsche med. Wchnschr. XX. 7. p. 156.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Fraenkel, A., Herzsyphilis. Berl. klin. Wchnschr. 12. p. 296.

Gridley, Ida R., A case of varicose veins on the face and the tongue. New York med. Record XLV. 12. p. 366. March.

Guinard, Anévrysme du tronc brachio-céphalique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 27. p. 710. Déc. 1893.

Hansy, F., Zur Casuistik u. Therapie d. Blutgefässgeschwülste. [Beitr. z. klin. Med. u. Chir., red. von *R. Riehl*, 3. Heft.] Wien. Braumüller. Gr. 8. VII u. 69 S. mit 3 Tafeln. 2 Mk.

Haury, Cyanose; rétrécissement de l'infundibulum de l'artère pulmonaire et inocclusion du septum interventriculaire; dilatation de la crosse aortique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 2. p. 72. Janv.

Hobb, R. G., Aneurysm of ductus arteriosus and atheroma of pulmonary artery. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 45. 1893.

Hirschlaff, W., Ueber d. Vorkommen u. d. Bedeutung eigenartiger Figuren erweiterter Hautvenen am unteren Theil d. Thorax. Deutsche med. Wchnschr. XX. 11.

Hymanson, A., A case of aneurism at the transverse part of the arch of the aorta. New York med. Record XLV. 14. p. 439. April.

Jackson, Henry, A review of 92 cases of diseases of the heart observed in the out-patient department of the Boston City Hospital. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 5. p. 111. Febr.

Jaquet, A., Zur Diagnostik d. funktionellen Kreislaufstörungen. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 8.

Kidd, Percy, Embolic aneurysm of the pulmonary artery; infective aortic valvulitis, aortitis, and pulmonary endocarditis; patent ductus arteriosus. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 47. 1893.

Kidd, H., A case of thrombosis of the portal system. Dubl. Journ. XCVII. p. 275. March.

Kirchgässer, Ueber einen Fall von Stichverletzung d. Schlüsselbeinarterie. Deutsche med. Wchnschr. XX. 10.

Laache, S., Ueber die idiopath. Hypertrophie des Herzens u. d. Degeneration d. Herzmuskels. Wien. med. Presse XXXV. 14. — Brit. med. Journ. April 7.

Laveran, A., Observation d'endartérite oblitérante avec gangrène des extrémités inférieures. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 9. p. 191. Févr. 27. — Gaz. des Hôp. 29.

Lees, David B., Heart inflammation in children. Lancet I. 13. p. 832. March.

Lees, David B., The treatment of pericarditis. Brit. med. Journ. March 31. p. 717.

Le Gendre, Traitement des maladies du coeur chez l'enfant. Revue d'Obst. VII. p. 54. Févr.

Leidy, Joseph, Multiple thrombosis of the circle of Willis. Med. News LXIV. 5. p. 129. Febr.

Letulle, Maurice, Note sur l'état réticulé du myocarde dans l'asystolie chronique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 25. p. 672. Déc. 1893.

Lévi, Léopold, Rupture spontanée de la veine porte. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 3. p. 90. Janv.—Févr.

Litten, Ueber Pseudoaorteninsufficienz. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 11. p. 277.

Mackenzie, James, The venous and liver pulses, and the arhythmic contraction of the cardiac cavities. Journ. of Pathol. and Bacteriol. II. 3. p. 273. Febr.

Marie, R., et Follet, Pyléphlébite d'origine cancéreuse; mort par peritonite aiguë. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 3. p. 124. Janv.—Févr.

Martin-Durr, Les secousses trachéales dans l'anévrysme de l'aorte. Gaz. des Hôp. 35. 37. 39. 40.

Middleton, Geo. S., Case of marked tricuspid stenosis with great dilatation of the right auricle, complicated with mitral and aortic stenosis. Glasgow med. Journ. XLI. 4. p. 241. April.

Mohr, George, Ueber Complikationen bei der idiopath. Herzvergrösserung. [Münchn. med. Abhandl. 1. R. 15.] München. J. F. Lehmann. Gr. 8. 35 S. 1 Mk.

Montgomery, Douglass W., Atheroma. Med. News LXIV. 7. p. 178. Febr.

Naismith, William J., Death from haemorrhage into the pericardium. Lancet I. 9. p. 572. March.

Nepveu, Parasites dans le coeur. Arch. de Méd. expérim. VI. 1. p. 30. Janv.

Nikitin, W., Zur Diagnose d. Aortenaneurysma. Boln. gas. Botk. 44—46. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Pawiński, J., Ueber relative Insufficienz d. Lungenarterienklappen mit Mitralstenose. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 5 u. 6. p. 519.

Pitt, G. Newton, Fungating endocarditis of aortic valves in an infant 11 months old. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 28. 1893.

Pitt, G. Newton, a) Thrombosis of the pulmonary arteries without haemorrhagic infarcts. — b) Arteriovenous aneurysma connected with the iliac vessels at their origin. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 48. 53. 1893.

Potain, C., Des cardiopathies reflexes. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 11.

Ringer, Sydney, and Arthur G. Phear, Some practical points concerning the diagnosis of cardiac murmur. Lancet I. 6; Febr.

Rolleston, H. D., Multiple syphilomata in wall of the right ventricle of the heart. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 35. 1893.

Rolleston, H. D., a) Spontaneous rupture of inner and middle coats of aorta; leakage into pericardium. — b) Aortitis. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 37. 41. 1893.

Rolleston, H. D., Traumatic dissecting aneurysm of the heart. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 38. 1893.

Rouget, Charles, Le tétanos du coeur. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 397. Avril.

Sansom, A. Ernest, Heart inflammation in children. Lancet I. 15. p. 971. April.

Sansom, A. Ernest, The diagnosis of septic endocarditis. Brit. med. Journ. April 14. p. 828.

Schmidt, Martin B., Tödtl. Blutung aus einem Aneurysma d. Leberarterie b. Gallensteinen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 5 u. 6. p. 536.

Squire, J. Edward, Case of disease of the aortic valve and pulmonary tuberculosis. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 25. 1893.

Ssakowski, K., Ueber spontane Herzruptur. Boln. gas. Botk. 47. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Strauch, Max von, Ueber Venenthrombose der untern Extremitäten nach Köliotomien b. Beckenhochlagerung u. Aethernarkose. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 13.

Sturges, Octavius, On heart inflammations in children. Lancet I. 10. 11. 12; March. — Brit. med. Journ. March 10. 17. 24.

Trenel, Anévrysme pariétal du coeur; symphyse péricardique partielle; athérome des coronaires; myocardite; endocardite ancienne; lésions valvulaires. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 9. Janv.

Van Ryn, J. A., Un cas d'ectopie cardiaque. Journ. de Brux. LII. 10. p. 152. Mars.

Vaquez, Traitement des phlébites des membres. Mercredi méd. 13.

Voelcker, A. T., Intra-auricular cardiac polyp. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 31. 1893.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Flexner, Kotlar, Lévi, Leyden, Michaelis, Monro, White. IV. 1. Bianchi, Gee, Hoffer, Strümpell; 2. Bates, Bezançon, Eshner, Petri, Picot; 3. White; 5. Friedrich, Hektoen, Kidd, Mannaberg, Voelckers; 8. Levi, Littlewood, Mackey, Vaquez, Wicks; 9. Bihler; 11. Mendel. V. 2. a. Forselles, Guinard, Larmarche, Relton; 2. c. Field, Munro, Pepper, Quénu, Treves; 2. e. Dandridge, Heath. VI. Rydygier. VII. Allyn,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Sears, Ssolowjew. IX. Durante, Reinhold. X. Gayet, Jack. XIII. 2. Boltenstern, Cornett, Lintilhac. XIV. 2. Disqué. XVIII. Wright.

5) *Krankheiten des Digestionsapparates und der Milz.*

August, Albert, Recurrent appendicitis. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 8. p. 186. Febr.

Bard, L., Sur une forme d'embarras gastrique sévère avec encombrement bronchique. Lyon méd. LXXV. p. 499. Avril.

Barker, Arthur E. J., On some cases of acute intussusception in children. Brit. med. Journ. Febr. 17.

Bartlett, B. Pope, Epidemic jaundice. Brit. med. Journ. Febr. 24. p. 407.

Beadles, Cecil F., Fat necrosis of peritoneum. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 81. 1893.

Bernard, Sarcome diffus du péritoine; compression des uretères. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 4. p. 135. Févr.

Bezançon, Abcès volumineux du foie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 7. Janv.

Blindemann, M., Ueber Veränderungen d. Blutes b. Magenkrankheiten. Med. 43. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 1.

Boas, I., Ein Fall von akuter Magendilatation. Deutsche med. Wchnschr. XX. 8. — Vgl. a. 7. p. 155.

Boix, E., Lithiase biliaire chez une fille de 17 ans $^1/_2$; hérédité homologue; famille arthritique; lithiase biliaire chez la mère; affection hépatique indéterminée chez une tante maternelle. Arch. gén. p. 483. Avril.

Bonardi, E., Autointossicazione di origine gastrica e tetania. Gazz. degli Osped. XV. 10.

Borgherini, Alexander, Digestionsstörungen als Ursache neuropath. Erscheinungen. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 14. 15.

Bristowe, John Syer, On ascites connected with nutmeg liver. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 2. p. 123. Febr.

Bryant, Joseph D., The relation between the gross anatomy of the appendix and appendicitis. Med. News LXIV. 9. p. 225. March.

Bull, William T., Further observations on chronic relapsing appendicitis. New York med. Record XLV. 13. p. 385. March.

Caddy, Duncan J., Cure of intussusception by rectal injection. Brit. med. Journ. Jan. 20. p. 126.

Calvert, W. Hall, Epidemic jaundice. Brit. med. Journ. March 10. p. 553, Aprrl 7. p. 774.

Cayley, Henry, Tropical abscess of the liver. Brit. med. Journ. April 7. p. 774.

Charrin, A., Influence des maladies du foie sur la pathologie du rein et les modifications de l'urine. Semaine méd. XIV. 10.

Claisse, Paul, Obstruction cancéreuse du cholédoque. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 4. p. 150. Févr.

Clayton, J. Hazelwood, Rupture of mucous membrane of the stomach. Brit. med. Journ. March 24. p. 634.

Coradeschi, Umberto, Enterite acutissima perforante. Gazz. degli Osped. XV. 41.

Courmont, Paul, Coexistence de cancer du cardia et de cancer du duodénum. Lyon méd. LXXV. p. 166. Févr.

Dickinson, Lee, Simple gastric ulcer of unusual form. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 83.

Dickinson, Charles S., Obstinate singultus. New York med. Record XLV. 12. p. 367. March.

Dmochowski, Z., u. W. Janowski, 2 Fälle von eitr. Entzündung d. Gallengänge (Angiocholitis suppurativa), hervorgerufen durch d. Bacterium coli commune. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. V. 4.

Dufourt, E., Des rapports de la lithiase biliaire et de la congestion du foie. Lyon méd. LXXV. p. 429. 468. Avril.

Dujardin-Beaumetz, Examen critique du traitement des ictères par rétention. Bull. de Thér. LXIII. 14. p. 289. Avril 15.

Edelheit, S., Ein Fall von hartnäckigem Darmkatarrh b. einem an Diathesis urica leidenden Patienten. Wien. med. Presse XXXV. 11. 12.

Eikenbusch, K., Ueber muskuläre Makroglossie. Beitr. z. klin. Chir. XI. 2. p. 273.

Einhorn, Max, Diätetik d. Magenkranken. Med. Post II. 5.

Fechner, Wilh., Die habituelle Stuhlverstopfung, ihr Wesen u. ihre Behandlung. Mit besond. Berücksicht. d. Hämorrhoidalleiden. Berlin. H. Steinitz. Gr. 8. 56 S. 1 Mk. 50 Pf.

Ferrand, Pathogénie de l'ictère; indications thérapeutiques. Semaine méd. XIV. 23.

Fisher, Theodore, Traumatic subacute peritonitis and cysts of the pancreas. Lancet I. 4; Jan.

Flexner, Carcinoma of the pancreas with multiple carcinosis. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. V. 37. p. 16. Jan.—Febr.

Forel, A., Die Heilung d. Stuhlverstopfung durch Suggestion. Berlin. H. Brieger. Gr. 8. 10 S. 50 Pf.

Friedrich, Paul, Ueber Varicen d. Oesophagus. Schmidt's Jahrbb. CCXLII. p. 116.

Garciadiego, Salvador, A sure sign for the diagnosis of small effusions in the peritoneal cavity. New York med. Record XLV. 4. p. 106. Jan.

Goluboff, N., Ueber biliäre Lebercirrhose. Zeitschr. f. klin. Med. XXIV. 3 u. 4. p. 353.

Gonadse, J., Zur Frage über d. Gehalt an Aetherschwefelsäuren im Harn b. Leberkrankheiten. Wratsch 48. 49. 50. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Gortscharenko, D., Ein Fall von beweglicher Leber. Wratsch 44. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Gouguenheim, Angine rhumatismale aiguë. Gaz. de Par. 5.

Gross, M., Atony of the stomach. New York med. Record XLV. 13. p. 395. March.

Hartmann, H., et V. Morax, Note sur la péritonite aiguë généralisée aseptique. Ann. de Gynécol. XLI. p. 193. Mars.

Hawkins, Herbert P., Fat necrosis in a case of fatal peritonitis due to perforation of the gall-bladder. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 78. 1893.

Hektoen, Ludwig, Diffuse coagulation-necrosis in the spleen following thrombosis in typhoid fever and pneumonia. Med. News LXIV. 12. p. 325. March.

Holmes, Alfred H., Epidemic jaundice. Brit. med. Journ. March 31. p. 681.

Homén, E. A., och O. Schaumann, Ett fall af gastroptos. Eira XVIII. 2.

Honigmann, Neuere Arbeiten über Physiologie u. Pathologie des Darms. Schmidt's Jahrbb. CCXLI. p. 251.

Hultkrantz, Fall af ventrikeldilatation och ileus beroende på abnormt läge af colon transversum. Hygiea LV. Tillägsh. S. 220.

Jayle, Anomalie du péritoine; cirrhose du foie; ascite d'origine inflammatoire. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 2. Janv.

Jessop, T. R., On appendicular colic. Brit. med. Journ. March 24.

John, Ueber d. elektr. Behandl. b. gewissen Erkrankungen d. Darmtractus. Deutsche med. Wchnschr. XX. 12. p. 279.

Jonas, A. F., Enterolith mistaken for appendicitis and then for carcinoma. New York med. Record XLV. 9. p. 267. March.

Kidd, Percy, Cirrhosis of the liver, pancreas, and kidney, from obstructive valvular disease of the heart. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 91. 1893.

Klemperer, G., Verengerung der Speiseröhre. Deutsche med. Wchnschr. XX. 11. p. 255.

Kruse, W., u. A. Pasquale, Untersuchungen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

über Dysenterie u. Leberabscess. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XVI. 1. p. 1.

Kutusow, Zur Frage über d. Werth d. chem.-analyt. Untersuchungen d. Mageninhalts. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 13.

Lahusen, Ueber ein wenig beachtetes Symptom b. nervösen Darmaffektionen. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 6.

Landgraf, Stenose d. Magens etwas unterhalb d. Pylorus. Deutsche med. Wchnschr. XX. 5. p. 114.

Lange, F„ Ein Wort über Appendicitis acutissima. New Yorker med. Mon.-Schr. VI. 3. p. 104. März.

Le Gendre, Le traitement de l'appendicite et de la colique appendiculaire. Bull. de Thér. LXIII. 6. p. 132. Févr. 15. — Gaz. de Par. 5.

Le Gendre, P., et A. Broca, Le traitement des péritonites chez l'enfant. Gaz. des Hôp. 13.

Legnani, Torquato, Cirrosi epatica in un ragazzo. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 4. p. 552.

Lemoine, G., et G. Linossier, Contribution à l'étude du mérycisme chez l'homme. Revue de Méd. XIV. 3. p. 177.

Lépine, Coliques hépatiques sans calculs. Lyon méd. LXXV. p. 234. Févr.

Lépine, R., Ueber einen Fall von Magenkrebs mit einer colossalen linkseit. supraclaviculären Drüsenschwellung. Deutsche med. Wchnschr. XX. 13.

Letulle, Maurice, Ulcère simple du duodénum. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 3. p. 125. Janv.—Févr.

Leube, W., Zur Lehre von der Wanderleber. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 4.

Lévi, Léopold, Hépatite infectieuse avec ictère et mégalo-splénie sans ascite. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 3. p. 106. Janv.—Févr.

Lévi, Léopold, Contribution à l'étude du foie infectieux, d'une hépatite infectieuse subaiguë primitive. Arch. gén. p. 257. 444. Mars, Avril.

Lévi, Léopold, Cancer de l'estomac juxtapylorique et cancer de la tête du pancréas. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 3. p. 111. Janv.—Févr.

Leymarie, 2 cas de perforation de l'estomac post-mortem. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 3. p. 228. Mars.

Lichtheim, Zur Diagnose der Pankreasatrophie durch Steinbildung. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 8.

Linossier, G., La recherche des produits de digestion dans les liquides gastriques; sa valeur séméiologique. Lyon méd. LXXV. p. 145. Févr.

Mc Carthy, A case of localised suppurative peritonitis with gaseous decomposition. Lancet I. 14. p. 860. April.

Maclaren, Roderick, Appendicular colic. Brit. med. Journ. April 7. p. 773.

Macleod, Neil, Is dysentery the invariable precursor of tropic liver abscess? Brit. med. Journ. March. 31.

Mc Phedran, Alexander, and A. B. Macallum, Acute yellow atrophy of the liver. Brit. med. Journ. Febr. 10.

Makins, G. H., Meckels diverticulum perforated by numerous ulcers. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 90. 1893.

Mannaberg, Julius, Ueber Accentuirung des 2. Pulmonaltones b. Perityphlitis. Centr.-Bl. f. innere Med. XV. 10.

Manson, Patrick, and James Galloway, Remarks on amoebic abscess of the liver. Brit. med. Journ. March 31.

Maragliano, E., Eine besondere Form von geschwüriger Darmentzündung mit Durchbohrung d. Ileum. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 13.

Marckwald, Ein eigenthümlicher Fall von Lebercirrhose (Combination von partieller Hypertrophie u. Atrophie d. Lebersubstanz). Virchow's Arch. CXXXV. 2. p. 292.

Mathieu, Albert, Traitement des dyspepsies par le massage. Gaz. des Hôp. 19.

Mathieu, Alb., L'entéroptose. Gaz. des Hôp. 40. 43.

Mayo, W. J., Pancreatic cyst. New York med. Record XLV. 6. p. 168. Febr.

Merkel, Friedrich, Ueber einen Fall von akuter gelber Leberatrophie im Kindesalter. Münchn. med. Wochenschr. XLI. 5.

Meslag et Raffray, Kyste hydatique suppuré du foie, ouvert dans le poumon. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 26. Janv.

Mettenheimer, C., Soor im höheren Alter. Memorabilien XVIII. 1. p. 7.

Minnich, W., Ein Fall von Pankreaskolik. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 8.

Monro, T. K., Specimens from a case of malignant disease of the stomach with anomalous symptoms. Glasgow med. Journ. XLI. 2. p. 150. Febr.

Morris, Robert T., Infectious appendicitis. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 6. p. 133. Febr.

Mortimer, J. D., Acute intussusception in children. Brit. med. Journ. Febr. 24. p. 438.

Morton, Charles A., Sarcoma of the peritoneum, invading the colon, and causing fatal perforation. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 82. 1893.

Morton, Charles A., Columnar epitheliome of the small intestine in a young woman aged 23. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 89. 1893.

Nixon, F. A., Apoplexy of mesentery. Dubl. Journ. XCVII. p. 169. Febr.

Oettinger, Carl, Einige Bemerkungen üb. Kothstauung. Aerztl. Centr.-Anzeiger VI. 10.

Ott, Adolf, Beitrag zur Pathologie d. Enterolithen. Prag. med. Wchnschr. XIX. 15

Pätiälä, F. J., Tuberkuloottisesta vataskalvon tulehduksesta [über tuber. Peritonitis]. Duodecim X. 4. S. 49.

Parkinson, J. Porter, Considerations on gastric ulcer. Lancet I. 4; Jan.

Paul, W. E., A case of acute hemorrhagic pancreatitis. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 1. p. 8. Jan.

Peckham, Frank E., Appendicitis, with apparent resolution of abscess; relapse; death; autopsy. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 3. p. 61. Jan.

Perry, E. C., a) Colloid carcinoma of the stomach. — b) Secondary sarcoma of the ileum. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 87. 89. 1893.

Pilliet, A. H., Stéatose localisée du foie d'origine inflammatoire. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 3. p. 86. Janv.—Févr.

Plicque, A. F., Fausses dyspepsies. Dyspepsies artificielles. Progrès méd. XXII. 5.

Plicque, A. F., Du traitement de la lithiase biliaire. Gaz. des Hôp. 14.

Porter, William Henry, Intestinal indigestion. Savannah med. Journ. I. 1. p. 1. Jan.

Reichmann, Ed., Weiteres über meine Sonde zur Behandlung von Oesophagusstenose. Deutsche med. Wchnschr. XX. 15.

Renzi, E. de, La ipercloridria à la malattia di Reichmann. Gazz. degli Osped. XV. 19.

Reymond, E., Péritonite localisée à la suite d'une perforation de l'estomac. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 3. p. 84. Janv.—Févr.

Richardson, Maurice H., Remarks upon appendicitis, based on personal experience of 189 cases. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 1. p. 1. Jan.

Richardson, Maurice H., Cases of appendicitis presenting unusual features. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 10. p. 232. March.

Riegel, F., Ueber Megalogastrie u. Gastrektasie. Deutsche med. Wchnschr. XX. 15.

Robinson, F. Byron, Appendicitis. Mathew's med. Quarterly I. 1. p. 36. Jan.

Rolleston, H. D., Sarcoma of the oesophagus, with

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

secondary growths in the bone. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 65. 1893.

Rolleston, H. D., Fat necrosis and its association with pancreatic lesions. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 71. 1893.

Sainsbury, H., Alcoholic cirrhosis of liver in a child; ascites; meningitis; death; necropsy. Lancet I. 3. p. 147. Jan.

Sapelier, Traitement de la diarrhée. Bull. de Thér. LXIII. 4. 6. p. 63. 109. Janv. 30; Févr. 15.

Saundby, Robert, On the common forms of dyspepsia in women. Lancet I. 11. 12; March. — Brit. med. Journ. March 17. 31.

Schandein, Carl, Echinococcus d. enorm vergrösserten Leber, complicirt mit abgesacktem eitrigen Bauchfellexsudat. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 13.

Schubert, Carl, Ueber d. primären Gallenblasenkrebs u. seine Beziehungen zu Gallensteinen. (Leipzig.) Tübingen. A. Moser. Gr. 8. 51 S. 1 Mk. 20 Pf.

Schultz, V., Ein Fall von Pseudogallensteinkoliken b. Choledochusobstruktion. Einige Angaben über d. pharmakolog. Wirkung d. Calomel u. Oleum olivarum. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 6.

Senator, Biliäre Lebercirrhose u. hypertroph. Lebercirrhose mit Ikterus. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 10. p. 251.

Sergent, Emile, Péritonite chronique sus-hépatique enkystée à liquide citrin dans un cas de cirrhose avec ascite. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 4. p. 147. Févr.

Singer, Gustav, Ueber d. sichtbaren Ausdruck u. d. Bekämpfung d. gesteigerten Darmfäulniss. Wien. klin. Wchnschr. VII. 3.

Steinmetz, Rich., Beiträge zur Lehre von der Lebercirrhose. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 35 S. 60 Pf.

Therig, 2 Fälle von Paratyphlitis mit Durchbruch in d. Harnblase. Centr.-Bl. f. innere Med. XV. 5.

Thursfield, W. N., Epidemic jaundice. Brit. med. Journ. March. 10. p. 522.

Todd, Armstrong, Case of acute dilatation of the stomach. Brit. med. Journ. March 10. p. 522.

Treves, Frederick, On peritonitis. Brit. med. Journ. Febr. 3. 17; March 3. 10.

Tuttle, James P., Acute inflammatory, hypertrophic and atrophic proctitis. Mathew's med. Quarterly I. 1. p. 7. Jan.

Tweedy, H. C., Dilatation of stomach with enteroptosis. Brit. med. Journ. Jan. 20. — Dubl. Journ. XCVII. p. 118. Febr.

Veeder, M. A., Dilatation of the stomach as a cause of death. Brit. med. Journ. Febr. 3. p. 240.

Vintras, Louis, A case of abscess of the liver. Brit. med. Journ. March 31. p. 682.

Voelckers, Arthur, Malignant disease of the upper part of the jejunum ulcerating into the ascending colon. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 38. 1893.

Voelckers, Arthur, a) Ulceration of biliary calculi from the gall-bladder into the duodenum and transverse colon. — b) Primary carcinoma of the head of the pancreas; thrombosis of the left iliac vein and pampiniform plexus; pulmonary embolism. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 94. 95. 1893.

Wagner, K., Wie häufig werden Fälle von Fehlen d. Salzsäure im Magen beobachtet? Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 2.

Webb, G. Fortescue, and C. Newton Lovely, A case of gastric ulcer. Brit. med. Journ. Febr. 17. p. 351.

Wegele, Carl, Zur Behandlung d. aton. Magenerweiterung. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 12.

White, W. Hale, On a case of abscess of the liver associated with ulcerative colitis. Lancet I. 13; March.

Williams, John Thomas Creswik, The treatment of intussusception by generating carbon dioxide within the bowel. Lancet I. 9. p. 537. March.

Winter, Complete ilio-coecal intussusception; necropsy. Lancet I. 10. p. 600. March.

Winternitz, Wilhelm, Zur physikal. u. diätet. Therapie d. Magenkrankheiten. Bl. f. klin. Hydrother. IV. 2. 3.

Woodbury, Frank, Pathological conditions of the larynx occurring as symptoms of gastro-intestinal disorders. Mathew's med. Quarterly I. 1. p. 54. Jan.

Workman, Charles, Appendicitis with perforation. Glasgow med. Journ. XLI. 3. p. 225. March.

Wyeth, John A., Report of 2 cases of intestinal obstruction. Mathew's med. Quarterly I. 1. p. 73. Jan.

Wysman, J. W. H., u. A. E. T. Grippeling, Ein Fall von Leberabscess. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 13.

Young, William Semple, Epidemic jaundice. Brit. med. Journ. March 3. p. 463.

Zapel, Georg Ernst, Ueber den Milzabscess. Diss. Berlin. Aug. Schultze's Sort. Gr. 8. 30 S. 1 Mk.

S. a. I. Arthus, Benedict, Salzer, Toepfer. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Babes, Bertrand, Claisse, Emminghaus, Hebb, Holsti, Lévi, Pilliet, Quensel, Robinson, Rougé, Silberschmidt. IV. 2. Allan, Barbier, Boulengier, Lindén, Martin; 3. Barjon, Devoto, Tourney, White; 4. Kidd, Marie, Schmidt; 6. Gouget, Mollière; 8. Ascoli, Borgherini, Cathelineau, Cauquil, Collins, Legnani, Shepherd, Wickham; 9. Dunn, Sticker, Williamson; 10. Funk; 11. De Renzi. V. 2. a. Albers, Bayer, Butlin, Cahier, Delbet, Demoulin, Hamilton, Jayle, Matignon, Morton, Stubenrauch; 2. c. *Chirurgie der Verdauungsorgane.* VII. Reed. VIII. Fischl, Mueller, Preuschen, Romme, Schütze. XIII. 2. Blumer, Bókai, Fraser. XIV. 1. Spitzer; 2. Disqué.

6) *Krankheiten des Harnapparates und der männlichen Genitalien, ausschliesslich der Syphilis.*

Albarran, J., Hydronéphroses formées d'emblée. Semaine méd. XIV. 6.

Baduel, Nota clinica e batteriologica sopra un caso di pielite bilaterale suppurativa. Sperimentale XLVII. 22—23. p. 518. 1893.

Beadles, Cecil F., Primary carcinoma of the kidney. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 98. 1893.

Bernard, Enorme épithéliome du rein droit. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 26. p. 698. Nov.—Déc. 1893.

Cohn, M., Primäres Nebennierensarkom bei einem 9monat. Kinde. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 11.

Danforth, I. N., The prognostic significance of tube-casts. Med. News LXIV. 7. p. 176. Febr.

Denti, Battista, Del salasso considerato come rimedio efficace in ispecial modo nell'eclampsia urinemica. Gazz. Lomb. 6.

Dickinson, W. Howship, Places and commonplaces in the treatment of renal disease. Lancet I. 6; Febr.

Farquharson, W. F., Case of left kidney displaced and immovable. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 3. p. 303. April.

Gilford, Hastings, Renal inadequacy and its treatment. Lancet I. 13; March.

Gouget, A., Néphrite post-scarlatineuse tardive; anasarque; atrophie et déformation du poumon droit. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 7. Janv.

Hugues, J., La pathogénie de l'hémospermie. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 10. 11.

James, Alexander, On a case of primary contracting kidney. Edinb. med. Journ. XXXIX. 10. p. 881. April.

Jores, Ueber Nebennierensarkome. Deutsche med. Wchnschr. XX. 9. p. 208.

Mollière, H., Les néphrites aiguës et chroniques par insuffisance hépatique. Lyon méd. LXXV. p. 249. Févr.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Kaefer, N., Ein Fall von langdauernder Anurie mit Sektionsbefund. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 13.

Litten, M., Ueber d. physikal. Untersuchungsmethoden d. Nieren. Wien. klin. Wchnschr. VII. 15.

Moritz, E., Ein Fall von schwerer Nephritis. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XI. 1.

Mya, G., Sulla fisiopatologia renale. Sperimentale XLVIII. 3.

Penrose, F. G., Sarcoma of the kidney with loose masses in the bladder. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 96. 1893.

Posner, C., Ueber Pyurie. [Berl. Klin. 64.] Berlin. Fischer's med. Buchh. Gr. 8. 19 S. 60 Pf.

Robinson, Beverley, The treatment of uraemia. New York med. Record XLV. 11. p. 321. March.

Rosenstein, Sigmund, Die Pathologie u. Therapie d. Nierenkrankheiten. 4. Aufl. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. XII u. 711 S. mit 13 Holzschn. u. 7 Taf. 20 Mk.

Savor, Rudolf, Zur Aetiologie d. akuten Pyelonephritis. Wien. klin. Wchnschr. VII. 4. 5.

Schnitzler, Julius, Ein Beitrag zur Kenntniss d. Pneumaturie. Internat. klin. Rundschau 8. 9.

Siraud, Note sur un cas d'hydronéphrose intermittente double. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 13.

Tweedy, H. C., Case of single unilateral kidney. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 3. p. 340. April.

Vachell, C. T., and D. R. Paterson, Acute nephritis from sewer air poisoning. Lancet I. 9; March.

Wainwright, W. L., Adrenal disease in infants. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 137. 1893.

Weidenfeld, J., Ueber intermittirende Albuminurie. Wien. klin. Wchnschr. VII. 12. 13. 14.

White, W. Hale, On the influence of various diets upon the composition of the urine, and the general condition of patients suffering from chronic Bright's disease. Med.-chir. Transact. LXXVI. p. 279.

Widerström, Karolina, Hydronefros, komplicerad med urincysta i capsula adiposa renis. Hygiea LVI. 2. S. 149.

S. a. I. *Harnuntersuchung.* III. Borrel, Delezenne, Döderlein, Edington, Hawthorne, Lévi, Lubarsch, Navarro, Penrose, Wertheimer. IV. 1. Peyer; 2. Aufrecht; 5. Bernard, Charrin, Kidd; 8. Waechter. V. 2. d. *Chirurgie d. Harn- u. männl. Geschlechtsorgane.* XIII. 1. Caldwell, Kouwer, Sklodowski, Thompson, Wunderlich; 3. Stern. XX. Rake.

7) *Krankheiten der Bewegungsorgane.*

Anderson, William, A case of spindle-celled sarcoma of the sterno-mastoid. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 161. 1893.

Buongiovanni, C., Un caso di paralisi facciale insorta nel decorso di un reumatismo muscolo-articolare con eritema essudativo multiforme. Rif. med. X. 22.

Carter, Weldon, A case of myositis ossificans. Lancet I. 6; Febr.

Dujardin-Beaumetz, Etude critique sur le traitement du rhumatisme articulaire aiguë. Bull. de Thér. LXIII. 2. 6. p. 3. 97. Janv. 15; Févr. 15.

Eccles, A. Symons, 2 cases of gluteal strain in golf-players. Lancet I. 6; Febr.

Guinard, Aimé, Hernies et ruptures musculaires. Bull. de Thér. LXIII. 10. p. 208. Mars 15.

Leube, W. von, Ueber Muskelrheumatismus. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 10. 1893.

Loeb, Jacques, Ueber d. Entstehung d. Inaktivitätshypertrophie d. Muskeln. Arch. f. Physiol. LVI. 6 u. 7. p. 270.

Meyer, G., Mittheilung zweier Fälle von akutem Gelenkrheumatismus. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 16.

Michaux, Rupture et hernie musculaires. Revue de Chir. XIV. 1. p. 71.

Muscatello, G., Ueber d. primäre Angiom d. willkürl. Muskeln. Virchow's Arch. CXXXV. 2. p. 277.

Power, D'Arcy, Cases to illustrate the relationship which exists between wryneck and congenital haematoma of the sterno-mastoid muscle. Med.-chir. Transact. LXXVI. p. 137.

Remak, E., Ein Fall von einseit. angeb. Defekt d. Platysma myoides. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 7.

Röpke, W., Das Caput obstipum, d. Resultate d. subcutanen Durchschneidung d. M. sternocleidomastoideus. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 31 S. 60 Pf.

Solis-Cohen, Solomon, A case of purpura rheumatica, with edema of the genitalia, in a Mulatto child. Med. News LXIV. 13. p. 352. March.

Thévenet, V., Atrophie de plusieurs muscles de l'épaule consécutive à une pleurésie. Lyon méd. LXXV. p. 157. Févr.

S. a. II. Bolk, Delanglade, Hering, Juvara, Keith. III. Abelous, Gaule, Schuchardt. IV. 2. Fraenkel, Schmitz, Wolffberg; 5. Eikerbusch, Gouguenheim; 8. Adler, Boeri, Collins, Legnani, Lloyd, Mackey, Moorhouse, Moyer, Plicque, Senator, Stembo. V. 2. e. Morestin. XIV. 2. Disqué.

8) *Krankheiten des Nervensystems.*

Adler, Besondere Form von Neuromyositis. Deutsche med. Wchnschr. XX. 10. p. 233.

Alt, Konrad, Zur Behandl. d. Epilepsie. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 12. 13. 14.

Althaus, Julius, Ueber Encephalasthenia. Deutsche med. Wchnschr. XX. 13.

Ascoli, V., Sull' emiatrofia della lingua. Policlin. I. 2. 8. p. 51. 159.

d'Astros, Léon, Pathologie du pédoncule cérébral; les hémorrhagies; les ischémies et les rammollissements; les localisations pédonculaires. Revue de Méd. XIV. 1. 2. p. 2. 97.

Atkins, J. F., Cerebellar tumour; failure of respiration. Brit. med. Journ. March 31. p. 681.

Audry, C., Des paralysies hystéro-opératoires de l'avant-bras et de la main consécutives à des interventions sur le coude. Le Mans. Monnoyer. 8. 10 pp.

Bannas, S., Ein objektives Augensymptom d. Neurasthenie. Irrenfreund XXXV. 9 u. 10. 1893.

Barlow, Casuistisches zur traumat. Neurose. Ann. d. städt. Krankenh. in München p. 92.

Bauer, L., Eine atyp. Neurose. Berl. klin. Wochenschr. XXXI. 5.

Bauer, Oskar von, Ein Fall von spast. Spinalparalyse. Prag. med. Wchnschr. XIX. 9.

Beadles, Cecil F., The thyroid treatment of myxoedema associated with insanity. Lancet I. 7; Febr.

Bechterew, W. von, Ueber d. Wechselbeziehung zwischen d. gewöhnl. u. sensoriellen Anästhesie (Funktionsabnahme d. Sinnesorgane) auf Grund klin. u. experimenteller Daten. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 7. 8.

Beckhaus, E., Ueber d. Einfluss intercurrenter Krankheiten u. physiolog. Processe auf d. Epilepsie. Ann. d. städt. Krankenh. in München p. 187.

Behrens, Paul, Ueber Aphasie im Kindesalter nach cerebraler Hemiplegie. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 30 S. 60 Pf.

Bernard, Hémorrhagie cérébrale bilatérale héréditaire chez un jeune homme de 25 ans. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 26. p. 699. Nov.—Déc. 1893.

Bernhardt, M., Ueber d. Gumpertz'schen Anomalien d. indirekten elektr. Erregbarkeit u. ihre Bezieh. zur chron. Bleivergiftung. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 12.

Betz, Friedrich, Migräne b. einem 13 Mon. alten Mädchen. Memorabilien XXXVIII. 2. p. 79.

Bianchi, L., Klin. u. patholog.-anatom. Beitrag zur Lehre von d. Wortblindheit (opt. Aphasie). Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 14.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Biernacki, E., Analgesie d. Ulnarisstammes als Tabessymptom. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 7.

Blocq, Paul, Hémiplégie organique chez un enfant hérédo-syphilitique à la suite d'une chute. Revue neurol. II. 2. p. 39. Janv.

Boeri, G., Spasmo isterico dello sterno-cleido-mastoideo; anosmia; emicrania postemiplegica. Rif. med. X. 57. 58.

Borgherini, Alessandro, Disturbi digestivi come causa di manifestazioni neuropatici. Rif. med. X. 81. 82.

Brero, P. C. J. van, Circulaire stupor met chorea bij een kind. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXIV. 1. blz. 28.

Brissaud, Maladie de Little et tabes spasmodique. Semaine med. XIV. 12.

Brissaud, E., et P. Londe, Sur un cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse. Revue neurol. II. 5. p. 129. Mars.

Brunet, Henri, Dégénérescence mentale et goître exophthalmique. Thèse. Paris 1893. G. Steinheil. 4. 189 pp. 4 Mk.

Bruns, L., Tumor d. Lenden- u. unteren Dorsalmarks. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 7. p. 281.

Bruns, L., Neuere Arbeiten über d. traumat. Neurosen. Schmidt's Jahrbb. CCXLII. p. 191. 272.

Büdinger, Konrad, Ueber Lähmungen nach Chloroformnarkosen. Arch. f. klin. Chir. XLVII. 1. p. 121.

Buschan, G., Die Basedow'sche Krankheit. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. Gr. 8. 184 S. 5 Mk.

Canter, Charles, Myxoedème et goître exophthalmique. Liège. Impr. Alfr. Faust. 8. 16 p.

Cathelineau, Crises gastriques du tabes; urologie et chimisme stomacal. Arch. gén. p. 405. Avril.

Cauquil, Joseph, Contribution à l'étude des troubles salivaires chez les ataxiques. Thèse. Montpellier 1893. Charles Boehm. 4. 63 pp. 3 Mk. 60 Pf.

Chamberlain, Fréderick, De la maladie de Basedow et en particulier de sa pathogénie. Paris. Henri Jouve. 8. 143 pp. 3 Mk. 60 Pf.

Charcot, J. M., Poliklin. Vorträge. Uebers. von *Sigm. Freud.* 4. Lief. Wien. F. Deuticke. Gr. 8. 1. Bd. S. 289—384 mit Holzschn. 2 Mk.

Chatain, Un cas de narcolepsie. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 2. p. 132. Fevr.

Coley, Frederic C., A pseudo-hypertrophic family. Brit. med. Journ. Febr. 24.

Collins, W. J., Anorexia nervosa. Lancet 1. 4; Jan.

Collins, Joseph, Progressive muscular atrophy associated with locomotor ataxia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 2. p. 92. Febr.

Coradeschi, Umberto, Ancora su di un caso di mutismo isterico in rapporto al periodo mestruale; guarigione. Gazz. degli Osped. XV. 38.

Coutts, J. A., Sporadic cretinism. Brit. med. Journ. Jan. 27. p. 186.

Cowles, W. N., A case of myxoedema treated by thyroid extract. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 7. p. 167. Febr.

Dana, Charles L., On the microbic origin of chorea. Report of a case with autopsy. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. p. 31. Jan.

Dana, Charles L., Syringo-myelia; central glioma of the spinal cord, with spontaneous central hemorrhage. Journ. of ment. Dis. N. F. XIX. 1. p. 67. Jan.

Dana, Charles L., On a new type of neurasthenic disorders: angioparalytic or „pulsating" neurasthenia. Savannah med. Journ. I. 1. p. 8. Jan.

Deck, Henry O'B., A case of Raynaud's disease. Brit. med. Journ. Jan. 27. p. 187.

D'Elia, Alfonso, Un caso di sifilide midollare precoce. Gazz. degli Osped. XV. 45.

Dercum, F. X., A case of syringomyelia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 3. p. 174. 205. March.

Dercum, Francis X., A case of scleroderma of traumatic origin. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 3. p. 198. March.

Dodd, H. Work, Epilepsy and errors of refraction. Lancet I. 14. p. 904. April.

Düring, E. von, Lepra u. Syringomyelie. Deutsche med. Wchnschr. XX. 6.

Dujardin-Beaumetz, Examen critique du traitement des chorées. Bull. de Thér. LXIII. 10. p. 193. Mars 15.

Duplay, Névralgie faciale; névralgie des édentés. Gaz. des Hôp. 39.

Dutil, A., et J. B. Charcot, Note sur un cas de poliomyélite antérieure chronique suivi d'autopsie. Progrès méd. XXII. 11.

Egorow, A., Ein Fall von Morbus Basedowii. Boln. gas. Botk. 49. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Engel, R. von, Ueber Polyneuritis mercurialis. Prag. med. Wchnschr. XIX. 6. 7.

Erb, Wilhelm, Ueber d. wachsende Nervosität unserer Zeit. Heidelberg. G. Koester. Gr. 8. 32 S. 80 Pf.

Eskridge, J. T., Tumor of the brain simulating a vascular lesion. Med. News LXIV. 10. p. 261. March.

Féré, Ch., La famille névropathique. Théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence. Paris. Félix Alcan. 8. 334 pp. avec 25 grav. dans le texte. 4 Mk.

Féré, Ch., Note sur une paralysie nocturne provoquée par le chloralose. Revue neurol. II. 6. p. 164. Mars.

Féré, Ch., et P. Batigne, Note sur quelques phénomènes de compression du nerf cubital, produits par l'apophyse sus-épitrochléenne. Revue neurol. II. 3. p. 71. Févr.

Frenkel, Morvan'sche Krankheit u. Lepra. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 7.

Frere, A. Hanbury, Handicraft spasm in a stone mason. Brit. med. Journ. Jan. 27. p. 188.

Friedheim, L., Einige casuist. Beiträge zur Kenntniss d. Sklerodermie. Deutsche med. Wchnschr. XX. 9.

Froste, Carl C., Maladie des tic convulsifs. Hygiea LVI. 3. S. 201.

Gay, William, A case of peripheral paralysis following varicella. Brit. med. Journ. March 31.

Gerhardt, C., Accessoriuskrampf mit Stimmbandbetheiligung. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 10.

Giannelli, A., Contributo allo studio della tetania. Rif. med. X. 32. 33.

Gianelli, Un caso di tremore epilettico. Rif. med. X. 55.

Gibier, Paul, On a new agent in the treatment of epilepsy. Savannah med. Journ. I. 1. p. 10. Jan.

Glogner, Max, Die Schwankungen d. elektr. Reizbarkeit d. peripher. Nerven b. Beriberikranken. Virchow's Arch. CXXXV. 2. p. 248.

Goldscheider, A., Zusatz zu meiner Arbeit „über Poliomyelitis" (Bd. XXIII. 5 u. 6). Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 3 u. 4. p. 422.

Goldzieher, Ueber ein bisher unbekanntes Symptom d. completen Facialislähmung. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 162. 1893.

Gombault, A., et Philippe, Un cas de myélite transverse d'origine traumatique avec lésions des faisceaux blancs au-dessus et au-dessous du foyer. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 61. Janv.

Gombault, A., et Philippe, Note relative à la signification de la sclérose descendante dans le cordon postérieur et aux relations, qu'elle affecte avec le centre ovale de Flechsig. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 4. p. 141. Févr. — Progrès méd. XXII. 15.

Gradle, H., The causes and treatment of migraine. Med. News LXIV. 9. p. 230. March.

Grande, Emanuele, Contributo allo studio clinico delle nevrosi da autointossicazione. Gazz. Lomb. 5.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Greiwe, J. E., Ein solitärer Tuberkel im rechten Grosshirnschenkel, beziehungsweise in der Haube, mit Degeneration d. Schleife. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 4. 5.

Grimm, Beobachtungen über Syphilis u. Tabes. Deutsche med. Wchnschr. XX. 16. Beil. p. 15.

Grube, Karl, Zur Aetiologie d. Basedow'schen Krankheit. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 5.

Guillery, Latente Augenmuskellähmungen bei Tabes. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 174. 1893.

Gumpertz, Karl, Bemerkungen zu Dr. *M. Bernhardt's* Arbeit „über d. *Gumpertz'*schen Anomalien d. indirekten elektr. Erregbarkeit u. ihre Bezieh. zur chron. Bleivergiftung". Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 15.

Handford, Henry, A case of spinal haemorrhage. Lancet I. 15; April.

Hansell, Howard F., 2 cases of functional nervous disease treated by tenotomy of the superior and inferior rectus muscles. Med. News LXIV. 9. p. 237. March.

Hansemann, David, Ueber troph. Störungen nach Continuitätstrennung d. N. ischiadicus. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 8.

Hebold, Otto, Ein Beitrag zur Lehre von der Aphasie. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 499.

Hedley, W. S., The electrical treatment of infantile paralysis. Lancet I. 11. p. 709. March.

Hecker, Ewald, Die Behandlung der Hysterie. Therap. Monatsh. VIII. 4. p. 143.

Herz, Leopold, Ein seltener Fall von Aphasie. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 14.

Herzog, Benno, Ein Fall von Akromegalie. Deutsche med. Wchnschr. XX. 14.

Herzog, Benno, Ein Fall von Sklerodermie. Deutsche med. Wchnschr. XX. 9.

Hirschberg, Leopold, Ueber d. Basedow'sche Krankheit. Histor.-krit. Studie. [Wien. Klin. 2 u. 3.] Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. S. 15—90. 1 Mk. 50 Pf.

Hirschberg, Rubens, Névrose paresthésique chez une dégénérée héréditaire. Revue neurol. II. 6. p. 161. Mars.

Hoffmann, J., Zur Lehre von d. peripher. Facialislähmung. Ztschr. f. Nervenhkde. V. 1. p. 72.

Homén, A., Bidrag till kännedom om syringomyelin. Nord. med. ark. N. F. IV. 1. Nr. 1.

Hosch, Fr., Totale Lähmung sämmtl. Augennerven. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 3. p. 311.

Huchard, H., Un cas de guérison de goutte cérébrale par les bains froids. Bull. de Thér. LXIII. 1. p. 261. Janv. 8.

Jack, Edwin E., A case of recurrent paralysis of the oculo-motor nerve. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 25. p. 617. Dec. 1893.

Jack, Wm. R., Recurrent paralysis of the third nerve and hemicrania. Glasgow med. Journ. XLI. 4. p. 249. April.

Jackson, J. Hughlings, Neurological fragments. Lancet I. 3. 7; Jan., Febr.

Jackson, J. Hughlings, and J. S. Risien Russell, Case of cyst of the cerebellum. Brit. med. Journ. Febr. 24.

Jalland, Cerebellar tumour; necropsy. Lancet I. 11. p. 671. March.

Janet, Pierre, Der Geisteszustand d. Hysterischen (d. psych. Stigmata). Uebersetzt von *Max Kahane*. Wien. F. Deuticke. Gr. 8. V u. 197 S. mit 7 Holzschn. 5 Mk.

Jellinek, Ueber das Verhalten des Kleinhirns bei Tabes dorsalis. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 7. p. 285.

Joffroy, A., Nature et traitement du goître exophthalmique. Progrès méd. XXII. 4. 10. 13.

Jolly, F., Ueber akute aufsteigende Paralyse. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 12.

Jolly, F., Hypnotismus u. Hysterie. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 13.

Josserand et Nicolas, Sur un cas de tuméfaction hémilatérale de la face compliquant une paralysie faciale périphérique à frigore. Lyon méd. LXXV. p. 223. Févr.

Judson, A. B., The importance of early affection to the disability caused by infantile paralysis. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 25. p. 614. Dec. 1893.

Keen, W. W., 4 cases of brain tumor, in 3 of which operation was done; 2 operative recoveries; ultimate death in all. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 1. 2. p. 38. 109. Jan., Febr.

Kooyker, H. A., Die oculo-cephalische Deviation b. Gehirnkrankheiten. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 5 u. 6. p. 605.

Kowalewsky, P., Syphilit. Epilepsie. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 4.

Kuh, Sydney, The pathology of locomotor ataxy. Med. News LXIV. 9. p. 227. March.

Laache, S., Zur Lehre von d. Schmerzen sogen. vasculären Ursprungs. Deutsche med. Wchnschr. XX. 13.

Lancereaux, E., La mort rapide ou subite par le système nerveux; indications thérapeutiques tirées de la connaissance de son mécanisme. Semaine méd. XIV. 5.

Lannois, M., Paralysie agitante chez un jeune sujet. Lyon méd. LXXV. p. 465. Avril.

Larrabee, J. A., Epilepsy. Amer. Pract. and News XVII. 6. p. 208. March.

Legnani, Torquato, a) Tabe dorsale con fratture spontanee. — b) Spasmo clonico dei retti addominali d'indole isterico. — c) Vomito isterico curato con l'alimentazione artificiale. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 4. p. 563. 566. 567.

Leichtenstern, Otto, Zur Geschichte d. Myxödemfrage. Deutsche med. Wchnschr. XX. 11.

Leistikow, Leo, Zur Therapie d. Neurosyphilide. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 4. p. 177.

Lemoine, G., Relations de l'ataxie locomotrice avec la paralysie générale. Gaz. de Par. 13. 14. 15.

Lépine, Troubles glosso-laryngées dans le tabes. Lyon méd. LXXV. p. 233. Févr.

Levi, Giulio, Un caso di rottura dell'arteria meningea media. Rif. med. X. 39. 40. 41.

Lewin, G., u. Th. Benda, Ueber Erythromelalgie. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 4. 5. 6.

Liégeois, Ch., Un cas de tétanie par névrite poplitée externe. Progrès méd. XXII. 9.

Little, James, Sequel of a case of myxoedema treated by thyroid juice. Dubl. Journ. XCVII. p. 293. April.

Littlewood, H., 2 cases of middle meningeal haemorrhage, with well-marked brachial monoplegia in one of them. Lancet I. 7; Febr.

Lloyd, James Hendrie, Progressive muscular atrophy with arthropathies of the knee-joint. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 3. p. 206. March.

Löwenfeld, L., Hysterie u. Suggestion. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 7. 8.

Londe, P., Paralysie bulbaire progressive, infantile et familiale. Revue de Méd. XIV. 3. p. 212.

Lumeau, S., Studio sopra un caso di spasmo della glottide da isterismo. Gazz. Lomb. 14.

M'Gregor, A. N., A remarkable case of unilateral hypertrophy in a child. Glasgow med. Journ. XLI. 3. p. 189. March.

Mackenzie, Hector W. G., A case of non-hereditary Friedreich's disease. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 4. p. 371. April.

Mackey, Edward, Chorea; rheumatism; many large subcutaneous nodules; mitral reflex; good recovery. Lancet I. 3. p. 145. Jan.

M'Vail, and Workman, a) Preparations from a case illustrating tubercular disease of the spinal cord. — b) Tumour, involving the spinal cord and brain, from a case of progressive motor and sensory paralysis. Glasgow med. Journ. XLI. 3. p. 220. March.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Magnus, H., Ein Fall von Rindenblindheit. Deutsche med. Wchnschr. XX. 4.

Marchese, Stefano, Sclerosi multilocolare in seguito a trauma. Gazz. Lomb. 9.

Marie, Pierre, Etude comparative des lésions médullaires dans la paralysie générale et dans le tabes. Gaz. des Hôp. 7.

Marie, Pierre, Sur la nature de la maladie de Basedow. Mercredi méd. 9.

Meige, Henry, et Henry Vivier, Diagnostic d'une tumeur du corps restiforme; autopsie. Progrès méd. XXII. 3.

Mills, Charles K., Mirror-writing. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 2. p. 85. Febr.

Mills, Unilateral sweating of the face and neck in a probable case of posterior sclerosis of slow development. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 2. p. 127. Febr.

Mitchell, J. K., A case of locomotor ataxia, beginning in the arms. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 4. p. 420. April.

Mitchell, John K., and G. E. de Schweinitz, Hysterical cases and their field of vision. Journ. of nerv. and ment. Dis. N. S. XIX. 1. p. 1. Jan.

Möbius, P. J., Compendio di neuropatologia. Traduzione di *F. Mercandino*. Torino. Rosenberg e Sellier. 8. 188 pp.

Möbius, P. J., Ueber Morbus Basedowii. Schmidt's Jahrbb. CCXLII. p. 136.

Möller, Magnus, Ett fall af hjernsyfilis med akut leptomeningit. Hygiea LVI. 1. S. 85.

Monro, T. K., On a complicated case of Raynaud's disease: local asphyxia with gangrene, occurring at a very early age; congenital disturbance of general cutaneous circulation; congenital hydrocephalus; tracheocele. Glasgow med. Journ. XLI. 4. p. 267. April.

Monro, T. K., Peripheral neuritis after measles. Lancet I. 15; April.

Moore, J. W., A case of associated paralysis of the right portio dura and pneumogastric nerves. Dubl. Journ. XCVII. p. 315. April.

Moorhouse, J. Ernest, Paralysis of the serratus magnus and dislocation of the scapula. Brit. med. Journ. Jan. 27.

Moyer, Harold N., a) Traumatic paralysis of the leg. — b) Neuritis following influenza. — c) Spasm of the muscles of the forearm with trophic changes. Med. News LXIV. 8. p. 207. 208. Febr.

Müller, Franz, Zur Symptomatologie u. Differentialdiagnose d. Arsenikläbmung. Wien. med. Presse XXXV. 15. 16.

Müller, Hermann Franz, Syringomyelie mit bulbären Symptomen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 3 u. 4. p. 259.

Münzer, Egmont, Zur Lehre von d. Tabes dorsalis. Prag. med. Wchnschr. XIX. 13. 14.

Mya, Giuseppe, e Alessandro Codivilla, Contributo alla diagnosi ed alla cura delle cisti da echinococco cerebrali. Policlin. I. 3. p. 81. Marzo.

Neisser, A., Die mechan. Behandl. der Nervenkrankheiten. Fortschr. d. Krankenpfl. 1. — Neurol. Centr.-Bl. XIII.. 8 p. 318.

Neuberger, J., Ueber einen Fall von Syringomyelie mit Haut- u. Schleimhauterscheinungen. Wien. med. Presse XXXV. 12.

Newton, Robert Safford, The pons-medulla flocculus triangle as a tumor site, with pathological findings. Journ. of nerv. and ment. Dis. N. F. XIX. 1. p. 65. Jan.

Nielsen, Ludwig, Behandlung von Myxödem mittels Pill. gland. thyreoid. siccatae. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 3. p. 115.

Obolensky, Syphilit. Neuralgien. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 7. 8. 16.

Oliver, Charles A., The relation of ophthalmoscopic findings to diseases of the cerebral cortex. Univers. med. Mag. VI. 6. p. 372. March.

Osler, William, On the neurosis following enteric fever known as „the typhoid spine". Amer. Journ. of med. Sc. CVII. p. 23. Jan. — Johns Hopkins Hosp. Rep. IV. 1. p. 73.

Pacetti, Gustavo, Contributo alla patologia de' tumori cerebrali. Policlin. I. 2. p. 64. Febbr.

Parsons, Ralph L., Report of a case of acromegaly. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 2. p. 120. Febr.

Pearce, F. Savary, A case of multiple neuritis, simulating Landry's paralysis in the rapidity, order and extent of paralysis. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 3. p. 163. 207. March.

Pennato, Papinio, Sull'atetosi bilaterale. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 4. p. 703.

Peterson, Frederick, Glio-sarcoma of the basal ganglia. Journ. of nerv. and ment. Dis. N. S. XIX. 1. p. 61. Jan.

Pétrini, Un cas de pseudotabes dorsal. Mercredi méd. 15.

Pfeiffer, R., Zur Diagnostik d. extramedullären Rückenmarkstumoren. Ztschr. f. Nervenhkde. V. 1. p. 63.

Pitres, A., Sur un cas d'épilepsie Jacksonienne avec accès de tachycardie paroxystique de nature épileptoïde. Arch. clin. de Bord. III. 3. p. 97. Mars.

Plauth, Ad., Ein Fall von Neuritis multiplex alcoholica. Ann. d. städt. Krankenh. in München p. 166.

Plicque, A. F., Les amyotrophies d'origine vasculaire, leur traitement préventif et curatif. Gaz. des Hôp. 21.

Pontoppidan, Knud, Oftalmo-neurologiske Aforismer om Hemiopsi. Hosp.-Tid. 4. R. II. 15.

Popow, A., Syphilit. Spinalparalyse, complicirt mit Dementia paralytica. Russk. med. 45. 46. 47. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Potts, Chas. S., A case of multiple neuritis caused by arsenic used in the treatment of chorea. Univers. med. Mag. VI. 7. p. 469. April.

Przedborski, L., Ueber einen Fall von primärem hyster. Krampf d. Glottiserweiterer (Spasmus hystericus praecipue exspiratorius dilatatorum rimae glottidis). Berlin. O. Coblentz. Gr. 8. 8 S. 1 Mk.

Putnam, James J., Recent observations on the functions of the thyroid gland, and the relation of its enlargement to Graves's disease, also remarks on the therapeutic use of sheeps thyroid and of other organic extracts. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 7. p. 153. Febr.

Raia, Vito L., 3 cases of partial paralysis of the ocular muscles from injury to the head. Med. News LXIV. 5. p. 130. Febr.

Rampoldi, Vittorino, Caso di acromegalia. Gazz. Lomb. 11.

Ransom, William B., and Joseph Thompson, Case of tumour of the spinal dura mater. Brit. med. Journ. Febr. 24.

Raymond, F., Affections spasmo-paralytiques infantiles. Progrès méd. XXII. 4. 6.

Raymond, F., Contribution à l'étude de la syphilis du système nerveux. Arch. de Neurol. XXVII. p. 1. 112.

Redlich, E., Beitrag zur Kenntniss der patholog. Anatomie d. Paralysis agitans u. deren Beziehungen zu gewissen Nervenkrankheiten d. Greisenalters. Jahrbb. f. Psych. XII. 3. p. 384.

Rehn, Louis, Ueber Morbus Basedowii. Deutsche med. Wchnschr. XX. 12.

Reich, A., A case of diabetic multiple peripheral neuritis. New York med. Record XLV. 2. p. 59. Jan.

Reymond, Emile, Tumeur du corps pituitaire. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 26. p. 687. Nov.—Déc. 1893.

Ringier, G., Ein Fall von hyster. Mutismus. Ztschr. f. Hypnot. II. 5. p. 143. — Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 4. p. 113.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Romme, R., De la méningo-myélite syphilitique. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 7.

Rothmann, Max, Der diagnost. Werth d. hemiop. Pupillarreaktion. Deutsche med. Wchnschr. XX. 15.

Schaffer, De la morphologie des contractures réflexes intra-hypnotiques. Nouv. Iconogr. de la Salp. VII. 1. p. 22. Janv. et Févr.

Schotten, Ernst, Ueber Myxödem u. seine Behandl. mit innerl. Darreichung von Schilddrüsensubstanz. Münchn. med. Wchnschr. XL. 52. 1893.

von Schrenck-Notzing, Ein Beitrag zur psych. u. suggestiven Behandl. d. Neurasthenie. Berlin. Horm. Brieger. 8. 48 S. — Ztschr. f. Hypnot. II. 4. p. 118.

Schultze, Fälle von hereditärer Nervenerkrankung. Deutsche med. Wchnschr. XX. 4. p. 91.

Schultze, Fr., Ueber d. Friedreich'sche Krankheit u. ähnl. Krankheitsformen nebst Bemerkungen über nystagmusart. Zuckungen b. Gesunden. Ztschr. f. Nervenhkde. V. 1. p. 27.

Sciamanna, Ezio, La neuropatologia e il posto che occupa fra le scienze mediche. Rif. med. X. 17. 18.

Senator, Ein Fall von sogen. amyotroph. Lateralsklerose. Deutsche med. Wchnschr. XX. 16. Beil. p. 12.

Shattuck, Frederick C., 4 cases of myxoedema treated by thyroid extract. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 8. p. 177. Febr.

Shepherd, I. M., Alcoholic paralysis with fatal hematemesis. Univers. med. Mag. VI. 7. p. 456. April.

Shimamura, S., Ueber einen Fall von Myelitis ex neuritide ascendente. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 5 u. 6. p. 531.

Siegrist, August, Beiträge zur Kenntniss vom Wesen u. Sitz d. Hemicrania ophthalmica. [Mittheil. a. Klin. u. med. Inst. d. Schweiz I. 10.] Basel u. Leipzig. Sallmann. Gr. 8. S. 799—842.

Simon, Traitement des convulsions chez les jeunes enfants. Gaz. des Hôp. 23.

Smith, Frank R., A case presenting the group of symptoms termed astasia-abasia. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. V. 37. p. 13. Jan.—Febr.

Sommer, Die Beziehung d. morpholog. Abnormitäten zu d. endogenen Nerven- u. Geisteskrankheiten. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. V. p. 1. Jan.

Sommer, Das Kniephänomen b. Aequilibrirung d. Unterschenkels. Jahrbb. f. Psych. XII. 3. p. 366.

Sommer, Nachprüfung des der Theorie vom buchstabirenden Lesen u. Schreiben zu Grunde liegenden Falles von Sprachstörung. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. XVII. p. 113. März.

Souques, A., A propos d'un cas d'agraphie sensorielle. Revue neurol. II. 3. p. 65. Févr.

de Spéville, Paralysie oculaire chez un enfant de 4 ans. Revue des Mal. de l'Enf. XII. p. 124. Mars.

Spoto, F. Santangelo, Febbre isterica come equivalente termico dell' accesso. Gazz. degli Osped. XV. 18.

Stembo, L., a) Ein Fall von rhythm. Krämpfen im Gebiete d. Musc. epicranius. — b) Ueber einen Palmarreflex. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 15.

Taylor, James, On intracranial tumours. Lancet I. 3; Jan.

Taylor, J. Madison, Exophthalmic goître. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 2. p. 132. Febr.

Taylor, William J., Report of a case of spinal arthropathy in which many of the symptoms of serious lesion of the cord are absent. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 3. p. 153. March.

Thomas, J. Lynn, Right brachial monoplegia and perverted sensations due to traumatic ablation of the arm-area in the left cortex cerebri; recovery. Brit. med. Journ. Febr. 24.

Thomson, John, Further notes of a case of sporadic cretinism treated by thyroid feeding. Edinb. med. Journ. XXXIX. 8. p. 720. Febr.

Tollemer, Louis, Contribution à l'étude des polioencéphalites supérieures (ophthalmoplégies nucléaires ou paralysies bulbaires supérieures), Thèse. Paris. Steinheil. 4. 62 pp. 2 Mk. 50 Pf.

Treitel, Leopold, Grundriss d. Sprachstörungen, deren Ursache, Verlauf u. Behandlung. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. IV u. 100 S. 2 Mk.

Uhthoff, W., Untersuchungen über die bei der Syphilis d. Centralnervensystems vorkommenden Augenstörungen. Arch. f. Ophthalmol. XL. 1. p. 43.

Vandervelde et Le Boeuf, Le goître dans la maladie de Basedow. Journ. de Brux. LII. 9. p. 129. Mars.

Vaquez, H., Des névropathies d'origine cardiaque. Mercredi méd. 10.

Verger, Henri, Hystérie et délire lypémaniaque consécutifs à des pratiques de spiritisme. Arch. clin. de Bord. III. 2. p. 68. Févr.

Verhoogen, René, Dissociation de la sensibilité dans un cas de lésion des nerfs du plexus brachial. Journ. de Brux. LII. 5. p. 65. Févr.

Vibert, Ch., Observations de mensonges ou prétendus mensonges des hystériques. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 2. p. 171. Févr.

Vinton, Maria M., Peripheral facial paralysis. Med. News LXIV. 12. p. 309. March.

Vučetić, Maria, geb. Prita, Seltenere Formen d. Tabes dorsalis u. Verhalten d. Patellarsehnenreflexe b. Tabes cervicalis nebst statist. Verhältnissen der an d. med. Klinik in Zürich während d. JJ. 1883—1893 vorgekommenen Tabesfälle. Inaug.-Diss. Wien 1893. Josef Safář. 8. 75 S. mit 2 Tafeln. 2 Mk. 60 Pf.

Waechter, C., Spermatorrhoea. New York med. Record XLV. 7. p. 203.

Weber, F. Parkes, and J. A. Arkwright, Pseudo-bulbar paralysis, following a lesion on the right side of the brain, pointing to the probable existence of defect on the left side, previously latent. S. l. e. a. 8. 7 pp.

Wichmann, Ralf, Ein als invalide erklärter Unfall-Nervenkranker (männl. traumat. Hysterie), später mit Erfolg behandelt. Mon.-Schr. f. Augenhkde. I. 1. p. 16.

Wickham, Louis, Ulcérations buccales tabétiques. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. V. 1. p. 44.

Wicks, Charles, Cerebral embolism occurring in a girl aged 9 years and 11 months. Lancet I. 3. p. 146. Jan.

Wiener, Alfred, A case of subacute unilateral bulbar palsy. Journ. of nerv. and ment. Dis. N. S. XIX. 1. p. 63. Jan.

Wittstock, Hans, Ueber Facialislähmung bei Ohraffektionen. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 98 S. 2 Mk.

Wolffberg, Objektive Augensymptome d. Neurasthenie. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXII. p. 128. April.

Wood, Guy M., and A. J. Whiting, Notes on some cases of nervous disease treated with Dr. *Brown-Séquard's* orchitic fluid. Lancet I. 5; Febr.

Wyllie, John, The disorders of speech. Edinb. med. Journ. XXXIX. 8. 9. 10. p. 684. 781. 865. Febr.—April.

Wysard, A. T., A case of trigeminal neuralgia of malarial origin. Lancet I. 12; March.

Zoege Manteuffel, W., Ueber d. traumat. Epilepsie u. ihre Behandlung. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XI. 4.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Albert, Atlas, Beck, Bouchard, Boyce, Brunner, Campbell, Cavazzani, Colella, Courmont, Emminghaus, Escherich, Griffiths, Hédon, Hofmeister, Horsley, Kreidmann, Langlois, Lévi, Macready, Mayer, Ott, Pándi, Pfeiffer, Popoff, Schaffer, Sherrington, Sommer, Taylor, Tictine, Weiss. IV. 2. *Tetanus, infektiöse Menin-*

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

gitis, Buxbaum, Grasset, Laurenti, Schmitz; 5. Bonardi, Borgherini, Dickinson, Lahusen, Lemoine, Sainsbury; 7. Buongiovanni, Loeb, Thévenet; 9. Williamson; 10. Holmberg, Landowski, Spietschka; 11. Boix, Fournier, Hulke. V. 1. Gehrke, Korteweg, Schoonheid. 2. a. *Chirurgie d. Nervensystems;* 2. b. Binaud, Ferrier, Hulke, Romme, Turner; 2. c. Fisher, Steudel; 2. e. Boulengier. VI. Edes, Profanter. VII. Jalland, Lessing, Reed, Riggs, Rossi, Waters. VIII. Gutzmann, Hassenstein, Le Gendre, Marfan, Plicque, Preuschen, Rudolf, Schumann. IX. Benedikt, Bouchaud, Klippel. X. Adamük, Cheatham, Denig, Groenouw. XI. Kjelman, Mc Bride, Müller. XIII. 2. Adams, Berkholz, Churton, Spratling, Thomson; 3. Bushnell, Reichel. XIV. 3. *Elektrotherapie;* 4. Dubois, Fleury, Forel, Friedrich, Grigorescu, Schofield, Sturgis. XVI. Blasius, Partsch. XX. Meige.

9) *Constitutionskrankheiten und Krankheiten des Blutes.*

Baginsky, A., Fall von perniciöser Anämie. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 10. p. 251.

Barbier, H., Pathogénie et nature infectieuse de la lymphadénie (leucémie, adénie; pseudo-leucémie etc.). Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 5.

Becker, Ernst, Die Gefahren d. Narkose f. d. Diabetiker. Deutsche med. Wchnschr. XX. 16.

Bihler, Emil, Ueber d. Verhalten d. Blutdrucks b. Chlorotischen u. über d. b. dens. vorkommenden Störungen am Herzen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 3 u. 4. p. 281.

Biernacki, E., Untersuchungen über d. chem. Blutbeschaffenheit b. pathol., insbes. anäm. Zuständen. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 5 u. 6. p. 460.

Blumenau, M., Zur Aetiologie u. Pathogenese d. progress. perniciösen Anämie. Wratsch 45. 46. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Boyce, Robert, Some points in the etiology of cancer. Lancet I. 4; Jan.

Boyce, Robert, The alleged increase of cancer. Brit. med. Journ. Jan. 27. p. 219.

Browne, Lennox, Chronic irritation and cancer. Lancet I. 8. p. 502. Febr.

Buck, D. de, Een geval van albuminurie met hydrops intermittens. Ned. Weekbl. 1.

Cabot, Richard C., The diagnostic and prognostic importance of leucocytes. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 12. p. 277. March.

Campbell, Colin, The treatment of leucocythaemia. Brit. med. Journ. March 3. p. 463.

Chauffard, L'intoxication addisonienne. Semaine méd. XIV. 10.

Chéron, Paul, Glycosuries et diabète. Bull. de Thér. LXIII. 12. 14. p. 259. 317. Mars 30, Avril 15.

Clément, Sur la chlorose. Lyon méd. LXXV. p. 159. Févr.

Clément, E., De l'hypertrophie de la rate dans la chlorose. La chlorose serait-elle une maladie infectieuse? Lyon méd. LXXV. p. 179. Févr.

Dunn, Thos. D., A case of leukaemia with rare lymphoid growths of orbits and parotid glands. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 3. p. 285. March.

Dupont, Maladie d'Addison. Lyon méd. LXXV. p. 338. Mars.

Granville, Mortimer, A new treatment and possible cure of cancer. Lancet I. 10. p. 639. March.

Haycraft, John, Laevulose b. Diabetikern (ihre theilweise Umwandlung in Glukose). Ztschr. f. physiol. Chemie XIX. 2. p. 137.

Hezel, O., Ueber Diabetes mellitus. Schmidt's Jahrbb. CCXLII. p. 181.

Holtzmann, Contribution à l'étude de la leucocytose. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. II. 4. p. 633. 1893.

Hwass, Thorbjörn, Studier öfver transitorisk albuminuri hos till udseendet friska personer. Stockholm 1893. Norsted och Söner. St.-8. 176 S. med tabeller.

Jones, E. Lloyd, Chlorosis. Brit. med. Journ. Jan. 20. p. 162.

Joslin, Elliott P., Pathology of diabetes mellitus. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 13. p. 309. March.

Klotz, Hermann G., Ueber Phosphaturie. New Yorker med. Mon.-Schr. VI. 2. p. 45. Febr.

Kockel, Richard, Ueber Thrombose d. Hirnsinus bei Chlorose. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 5 u. 6. p. 557.

Lasserre, Du régime alimentaire dans l'albuminurie. Gaz. des Hôp. 44.

Lebreton, Un cas de purpura infectieux. Mercredi méd. 5.

Le Gendre, Traitement du diabète chez l'enfant. Revue d'Obstétr. VII. p. 22. Janv.

Lenhartz, H., Ueber Bothriocephalusanämie. Schmidt's Jahrbb. CCXLII. p. 111.

Lépine, Sur le traitement des concrétions uriques et des „tophi". Semaine méd. XIV. 7.

Lindén, Anaemia perniciosa, behandladt med koksaltinjektioner. Finska läkaresällsk. handl. XXXVI. 1. S. 35.

Lyon, Thos. Glover, The mortality from cancer. Lancet I. 6. 8. 10. p. 371. 501. 659. Febr., March.

Mc Farland, Joseph, The etiology of carcinoma. Med. News LXIV. 14. p. 371. April.

Makins, G. H., A large blood-tumour developing at the mouth of a wound in a case of haemophilia. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 165. 1893.

Mann, J. Dixon, Extract of bone-marrow in the treatment of anaemia. Lancet I. 10. p. 599. March.

Meinert, Zur Aetiologie d. Chlorose. Verh. d. 10. Vers. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 43.

Monti, Ueber Anämie im Kindesalter. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 10—14.

Müller, Franz, Ueber Hämatoporphyrinurie u. deren Behandlung. Wien. klin. Wchnschr. VII. 14.

Muir, Robert, On the changes of the bone marrow in pernicious anaemia. Journ. of Pathol. and Bacteriol. II. 3. p. 354. Febr.

Neumann, H., Heilung eines Falles von Addison'scher Krankheit; Bemerkungen über regenerative Hyperplasie d. rothen Blutkörperchen. Deutsche med. Wochenschr. XX. 5.

Newsholme, Arthur, The question of increase of the cancer. Brit. med. Journ. Jan. 20. p. 161.

Plicque, A. F., Le traitement de l'accès de goutte aiguë. Gaz. de Par. 15.

Railton, T. C., Scurvy rickets. Lancet I. 9; March.

Raudnitz, R. W., Zur Debatte über d. Anaemia pseudoleucaemica. Prag. med. Wchnschr. XIX. 4.

Robin, A., Le diabète. Sa fréquence, ses formes, son pronostic, son traitement; traumatismes des diabétiques; albuminurie phosphaturique. Gaz. de Par. 6.

Rumbold, Alois, Die Glykosurie u. ihre Beziehung zum Diabetes. Wien. klin. Wchnschr. VII. 4. 5. 6. 8.

Schultze, Fr., Ueber Leukämie. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 5 u. 6. p. 464.

Snow, Herbert, The early diagnosis and practical surgery of cancer. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 3. p. 245. March.

Spirig, W., Ueber d. Ausnutzung d. Nahrung b. Leukämie. Beitr. zur Lehre vom Stoffw. II. p. 151.

Sticker, Georg, Todesfälle durch Pankreasapoplexie b. Fettleibigen. Deutsche med. Wchnschr. XX. 12.

Thorn, W., Zur Infektiosität d. Carcinoms. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 10.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Thorndike, Paul, Notes on phosphaturia. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 6. p. 134. Febr.

Tinozzi, Stefano, Il primo caso di anchilostomoanemia in Napoli. Rif. med. X. 90.

Troitzky, S., Zur Casuistik d. period. Hämaturie. Med. Obosr. 20. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Tschistowitsch, Hämatologische Notizen. Med. Centr.-Bl. XXXII. 14. 15.

Vehsemeyer, H., Die Behandlung d. Leukämie. Berlin. S. Karger. 8. 40 S. 1 Mk.

Verdelli, Camillo, Sull'etiologia della pseudoleucemia. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 4. p. 595.

Vogel, L., Ueber Gicht. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 5 u. 6. p. 512. — Beitr. zur Lehre vom Stoffwechsel II. p. 113.

Walters, F. R., The mortality of cancer. Lancet I. 7. 9. 11. p. 438. 571. 709. Febr., March.

Werner, Ein ausgesprochner Fall von Purpura haemorrhagica. Memorabilien XXXVIII. 1. p. 1.

Wightman, J. P., Notes and family history of cases of haemophilia. Lancet I. 9; March.

Williams, W. Roger, Chronic irritation in cancer. Lancet I. 11. p. 708. March.

Williamson, R. T., Changes in the posterior columns of the spinal cord in diabetes mellitus. Brit. med. Journ. Febr. 24.

Williamson, R. T., The condition of the pancreas in 14 consecutive cases of diabetes mellitus. Lancet I. 15; April.

Ziegler, E.; Robert Langerhans; David Hansemann, Ueber d. Aetiologie d. Carcinoms. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 4.

Zülzer, G., Ueber alimentäre Glykosurie in Krankheiten u. über puerperale Laktosurie. Beitr. zur Lehre vom Stoffwechsel II. p. 46.

S. a. I. Jaksch, Sharp, Szigeti. II. Biernacki, Bizzozero. III. Hédon, Trambusti. IV. 1. Klinkert; 2. Thayer; 5. Boix, Edelheit; 6. Denti, Robinson; 7. Solis; 8. *Akromegalie, Basedow'sche Krankheit, Myxödem,* Reich; 10. Funk; 11. Justus, Pospjelow. V. 2. e. Cumston. VI. Mandry. VII. Feis, Friedeberg, Schamberg. VIII. Bystrow, Djouritch. IX. Houston, Vorster. XIII. 1. Piccinini; 2. Dahmen, Engel, Herting, Hildebrandt, Russell, Schultze. XIV. 1. Robin; 2. Disqué.

10) *Hautkrankheiten.*

Bayet, La cure des naevi vasculaires par l'électrolyse et les scarifications linéaires. Journ. de Brux. LII. 6. p. 81. Févr.

Bernheim, Jakob, Ueber Invasion von Hautkokken b. Ekzem. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 5 u. 6.

Bramwell, Byrom, On a case of psoriasis treated by thyroid extract. Brit. med. Journ. March 24.

Bramwell, Byrom, On 2 cases of lupus treated by thyroid extract. Brit. med. Journ. April 14.

Brocq, L., Le prurigo simplex et sa série morbide. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. V. 1. p. 3.

Carrier, Albert E., Pigmentation of the whole surface of the body, occurring suddenly during the treatment of a case of psoriasis; warty growths upon the palms and soles, following the internal use of arsenic. Med. News LXIV. 5. p. 127. Febr.

Chew, Roger S., Leprosy and vaccination. New York med. Record XLIV. 13. p. 415. March.

Contrell, J. Abbott, A case of morphoea of traumatic origin. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 3. p. 199. March.

Corlett, William Thomas, Pemphigus, its clinical varieties and treatment. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 4. p. 413. April.

Dubois-Havenith, I. Des érythèmes scarlatiniformes desquamatifs récidivants. — II. Un cas d'urticaire pigmentaire. Presse méd. XLVI. 14.

Dubrueilh, W., Du lupus tuberculeux superficiel. Mercredi méd. 4.

Dubreuilh, W., Chromidrose rouge. Arch. clin. de Bord. III. 1. p. 46. Janv.

Dubreuilh, W., Folliculite dépilante des parties glabres. Arch. clin. de Bord. III. 2. p. 60. Févr.

Eraud, J., De la rélation à établer entre le lupus érythémateux et la tuberculose. Lyon méd. LXXV. p. 184. Févr.

Fabry, J., Ueber Psorospermien b. Hautkrankheiten. Bericht über einen typ. Fall von sogen. Darier'-Psorospermose. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 3. p. 373.

Faivre, P. E., Du traitement de la pélade par les scarifications et les applications d'acide acétique. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 3. p. 207. Mars.

Fine Licht, Chr. de, Om Vorternes Smitsomhed. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 16.

Flatau, Th. S., Albinismus acquisitus mit Canities. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 8.

Freund, E., Ueber Autointoxikations-Erytheme. Wien. klin. Wchnschr. VII. 3.

Funk u. Grundzach, Ueber Urticaria infantum u. ihren Zusammenhang mit Rhachitis u. Magenerweiterung. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 3. p. 109.

Giovannini, S., Ueber einen Fall von Ichthyosis mit Hypertrophie d. Schweissdrüsen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVII. 1. p. 3.

Goldschmidt, J., Zur Aetiologie u. Prophylaxe d. Lepra. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 7.

Hallopeau, Des urticaires et plus particulièrement de leurs formes oedémateuse et lichénoïde persistantes. Semaine méd. XIV. 17.

Hardaway, W. A., A case of tuberculosis of the skin simulating lupus erythematosus and erythematoid lupus vulgaris. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 4. p. 408. April.

Hays, J. E., Eczema of the lower extremities. Amer. Pract. and News XVII. 2. p. 41. Jan.

Heuss, Mycosis fungoides. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 6. p. 185.

Holmberg, Lepra anaesthetica. Finska läkaresällsk. handl. XXXVI. 1. S. 27.

Hutchinson jun., J., Melanotic carcinoma of skin. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 148. 1893.

Jeanselme, E., et Orrillard, Contribution à l'étude des malformations congénitales de la peau et de l'hypoderme. Revue de Chir. XIV. 1. p. 50.

Kaposi, M., Ueber d. Beziehungen d. Erkrankungen d. Haut zu denen anderer Organe u. Systeme. Wien. med. Presse XXXV. 10. — Med. Post II. 8.

Karvonen, J. J., Ekzema faciei sycosiforme huonojen hampaitten seurauksena. [E. f. s. in Folge von schlechten Zähnen.] Duodecim X. 2 ja 3. S. 17.

Knickenberg, Ernst, Ueber Tuberculosis verrucosa cutis. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 3. p. 405.

Kortschak-Tschepurkowsky, Einige Bemerkungen über Pellagra. Wratsch 44. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Landowski, L., Fibromes mous de la peau; fibromes des nerfs; pigmentation cutanée „généralisée". Gaz. des Hôp. 35.

Lang, Gustave, Monographie du chloroma. Arch. gén. p. 186. 313. Févr., Mars.

Lassar, Lichen pilaris. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 7. p. 178.

Leistikow, Leo, Zur Therapie d. staphylogenen Sykosis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 5. p. 228.

Leloir, Henri, Finden sich in d. als leprafrei bekannten Landstrichen Frankreichs, insbesond. im Norden u. in Paris, Spuren d. alten Lepra. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 2. p. 241.

Lewin, Georg, Ueber Cysticercus cellulosae in

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

d. Haut d. Menschen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 2. p. 217.

Lewin, G., Sycosis capillitii. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 7. p. 179.

Lewin, G., u. Karl Hirsch, Ein Fall von Tuberculosis cutis verrucosa. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 3. p. 393.

Magruder, G. L., and C. W. Stiles, An extreme case of leucoderma in a negro, with a comparison of similar conditions in various animals. New York med. Record XLV. 10. p. 294. March.

Marc, Serg., Beiträge zur Pathogenese d. Vitiligo u. zur Histogenese der Hautpigmentirung. Virchow's Arch. CXXXVI. 1. p. 21.

Marianelli, A., Sul trichophyton tonsurans. Sperimentale XLVII. V e VI. p. 440. 1893.

Méneau, J., Considérations sur la plique. Arch. clin. de Bord. III. 3. p. 113. Mars.

Merewether, Alworth, Erythema nodosum in the male adult. Lancet I. 3. p. 179. Jan.

Meyer, Hermann, Ueber d. Lepra u. d. zur Einschränkung ders. geplanten Einrichtungen Seitens d. Gesellsch. zur Bekämpfung d. Lepra in Kurland. Riga. Stieda's Verl. Gr. 8. 16 S. 40 Pf.

Moncorvo, Sur un nouveau cas d'éléphantiasis congénital. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. 3. S. V. 2. p. 186. Févr.

Morris, Malcolm, On the dermatology of to-day. Brit. med. Journ. Jan. 27.

Neebe, C. H., Beitrag zur Behandl. d. Schweissfüsse. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 3. p. 125.

Oppenheim, Lichen planus. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 7. p. 179.

Parona, Francesco, Angioma venoso superficiale esteso a tutta la parte sinistra della faccia e parti adiacenti. Gazz. degli Osped. XV. 13.

Pawlowsky, A. D., Ueber d. Behandl. d. Rhinoskleroms mit „Rhinosklerin". Deutsche med. Wchnschr. XX. 13. 14.

Passigli, Ugo, Sull'area Celsi, a proposito di un caso di alopecia generalizzata coesistente a vitiligine. Sperimentale XLVIII. 1. 2.

Penrose, A case of acute pemphigus in a young adult female; septicaemia; death; necropsy. Lancet I. 5. p. 265. Febr.

Phillips, Leslie, Note on the internal treatment of vesicular eczema. Brit. med. Journ. Jan. 27.

Post, Hermann, Ueber normale u. patholog. Pigmentirung der Oberhautgebilde. Virchow's Arch. CXXXV. 3. p. 479.

Rasch, C., Om Lichen simplex acutus. Hosp.-Tid. 4. S. II. 13.

Ravogli, A., Concerning the etiology of eczema. Med. News LXIV. 2. p. 35. Jan.

Ravogli, A., Psorospermosis cutis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 4. p. 165.

Reisner, Arthur v., Ein Beitrag zur Contagiosität d. Lepra nach Beobachtungen im St. Nikolaiarmenhause u. russ. Armenhause zu Riga im Sommer 1893, u. Einiges über d. Behandl. d. Lepra im städt. Leprosorium. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 4.

Robinson, E., A case of acute pemphigus in a child; gangrene of hands and calves; death. Lancet I. 12. p. 773. March.

Rosen, H. von, Ueber d. Pellagra in Russland. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XI. 3.

Roux, Mycosis fongoïde ou sarcomatose cutanée? Lyon méd. LXXV. p. 163. Févr.

Rutherford, Tubercular dermatitis in sisters. Glasgow med. Journ. XLI. 4. p. 298. April.

Sabouraud, Sur une mycose innominée de l'homme: la teigne tondante de Gruby. Ann. de l'Inst. Pasteur VIII. 2. p. 83. Febr.

Smith, W. Ramsay, On a definite form of skin disease allied to erythema and urticaria. Edinb. med. Journ. XXXIX. 9. p. 799. March.

Spietschka, Theodor, Ueber sogen. Nerven-Naevi. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVII. 1. p. 27.

Stout, E. J., Leucopathia unguium. Med. News LXIV. 8. p. 212. Febr.

Török, Louis, De la nature des xanthomes. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. V. 1. p. 50.

Tschernogubow, A., Zur Behandl. d. Psoriasis vulgaris mit Thyreoidin. Med. Obosr. 22. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Webber, H. W., A case of acute pemphigus. Lancet I. 8. p. 472. Febr.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Achalme, Brockbank, Cohn, Delezenne, Fraschetti, Keser, Ledermann, Levy, Liebreich, Rake, Rothmann, Shattock, Unna, Vincent. IV. 2. Fraenkel, Frikhinger, Guntermann, Lebon; 4. Coradeschi, Hirschlaff; 7. Buongiovanni; 8. Dercum, Düring, Frenkel, Friedheim, Herzog, Neuberger; 11. Batut, Gordon; 12. Bowen. V. 1. Buschke, Meyer, Schnitzler; 2. e. Hewlett. VII. Bodilly, Lipinsky. VIII. Marfan. X. Leber, Mitválský. XIII. 2. Arnozan, Brocq, Hodara, Taenzer, Trapesnikow, Ullmann, Veratti; 3. Pässler. XIV. 2. Curschmann; 4. Ewald, Jessner, Menzies, Michael. XV. Brault, Jackson. XX. Rake.

11) *Venerische Krankheiten.*

Adsersen, H., Den syfilitiske Artropati hos Smaabörn. Hosp.-Tid. 4. R. I. 5.

Allen, Charles W., Syphilis of the epididymis. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 4. p. 398. April.

Batut, L., Des lésions des ongles dans la syphilis. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 14. 15.

Boix, E., De la paralysie faciale périphérique précoce dans la période secondaire de la syphilis. Arch. gén. p. 152. Févr.

Carry, Le gonococcus de Neisser au service sanitaire de Lyon. Etude sur la blennorrhagie de la femme. Lyon méd. LXXV. p. 82. 119. Janv.

Chappell, Walter F., 2 cases of chancre of the tonsil. New York med. Record XLV. 4. p. 104. Jan.

De Renzi, Errico, Sifilide epatica. Rif. med. X. 86.

Ehlers, Den amerikanske Teori om Oprindelsen af Syfilis; Efterskrift til E.'s Artikel af *Jul. Petersen.* Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 6. 9.

Eichhorst, Hermann, Ueber Reinfectio syphilitica. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 16.

Etienne, Georges, Hérédité syphilitique à la deuxième génération. Ann. de Dermatol. et de la Syphiligr. V. 3. p. 302.

Finger, Ernest, Ueber die Natur des weichen Schanker's. Wien. med. Presse XXXV. 14.

Fournier, Alfred, Les affections parasyphilitiques. Paris. Rueff et Co. 8. 375 pp. 10 Mk.

Geddie, D. Watson, Gonorrhoeal infection by fomites. Brit. med. Journ. Febr. 24. p. 407.

Gordon, John, Treatment of psoriasis (syphilitic) by thyroid extract. Brit. med. Journ. Jan. 27.

du Gourlay, Syphilis oculaire tardive et syphilis cérébrale. Ann. d'Oculist. CXI. 2. p. 112. Févr.

Guépin, A., Traitement de l'arthrite blennorrhagique. Gaz. de Par. 9.

Hansen, Sören, Syfilis i Grönland. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 16.

Harris, D. Fraser, Case of suspected gonorrhoea in a young boy, with peculiar source of infection. Glasgow med. Journ. XLI. 2. p. 127. Febr.

Helms, O., Syfilis i Grönland. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 12. 14. 16.

Hulke, Peripheral neuritis of sensory nerves of integument of the buttocks, penis, scrotum, posterior sur-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

faces of thighs, legs, and outer side of the feet; syphilis; improvement under mercurial treatment. Lancet I. 13. p. 802. March.

Hymanson, A., Disappearence of gonorrhoeal discharge during pneumonia. New York med. Record XLV. 9. p. 269. March.

Justus, Jakob, Die Veränderungen d. Blutes b. Syphilis mit Rücksicht auf Diagnose u. Therapie. Wien. med. Presse XXXV. 6. p. 224.

Kaposi, M., Wie lange Zeit hindurch soll d. Syphilisbehandlung geführt werden? Wien. med. Wchnschr. XLIV. 4.

Kaposi, M., Ueber Syphilis. Aerztl. Centr.-Anzeiger VI. 10.

Karvonen, J. J., Akuutisen gonoreen hoidosta [über Beh. d. akuten Gon.]. Duodecim X. 4. S. 59.

Kollmann, Arthur, Zur Diagnostik u. Therapie d. männl. Gonorrhöe. Aerztl. Centr.-Anzeiger VI. 7. 8. 9.

Krefting, Rud., Extragenitale Syphilisinfektion. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 2. p. 167.

Krisch, Ein neues Dilatatorium d. Urethra zur Behandlung d. chron. Gonorrhöe. Therap. Monatsh. VIII. 2. p. 63.

Lesser, Ueber Syphilisbehandlung. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 3. p. 81.

Leyden, H., Ein Beitrag zur Lehre von d. gonorrhoischen Affektion d. Mundhöhle b. Neugebornen. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 8.

Lorentzen, Carl, Syfilis i Grönland. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 13.

Mendel, Contribution à l'étude de la phlébite syphilitique. Arch. gén. p. 292. Mars.

Nicoll, Jas. H., Certain points in the basis of the diagnosis of syphilis. Glasgow med. Journ. XLI. 4. p. 256. April.

Norrie, Gordon, Den amerikanske Teori om Oprindelsen af Syfilis. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 6.

Pospjelow, A., Ein Fall von Diabetes insipidus u. Myxödem syphilit. Ursprungs. Med. Obosr. 22. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Scarenzio, Angelo, L'annata 1893 al dispensario celtico governativo in Pavia. Gazz. Lomb. 5.

Schütz, Robert, Aetiologische Beziehungen d. Syphilis. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 14. 15.

Schuster, Bemerkungen zur Behandlung d. Nasenhöhlensyphilis. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 2. p. 187.

Thérèse, L., Arthropathies blennorrhagiques. Gaz. des Hôp. 38.

Vanderauwera, Léon, Le diagnostic de la syphilis. Journ. de Brux. LII. 11. p. 161. Mars.

Vignes, Chancres syphilitiques de la paupière et de la conjonctive. Progrès méd. XXII. 8.

Werther, Ueber die Pathologie der Gonorrhöe. Schmidt's Jahrbb. CCXLII. p. 73.

Wheaton, S. W., Ulceration of the arm following vaccination in a case of hereditary syphilis. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 140. 1893.

Wickham, Louis, Thérapeutique syphiligraphique. Gaz. de Par. 3. 9.

S. a. III. Cheinisse, Dinkler, Lanz, Neisser, Schuchardt. IV. 4. Beadles, Fraenkel, Rolleston; 8. Blocq, D'Elia, Grimm, Kowalewsky, Leistikow, Möller, Obolensky, Popow, Raymond, Romme, Uhthoff. V. 2. d. Christian. VI. Verchère. IX. Hougberg. X. Baraz, Charpentier, Wickham. XIII. 2. Coffin, Hallopeau, Hermann, Lindén, Mantegazza, Parisotti, Posselt, Price, Schmey. XIV. 4. Jessner. XV. *Prostitution.*

12) *Parasiten beim Menschen.*

Askanazy, M., Zur Lehre von der Trichinosis. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 7.

Bowen, John T., The prevalence and recognition of scabies. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 5. p. 127. Febr.

Braun, M., Helmintholog. Notizen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 12.

Claus, C., Eingeweidewürmer d. Menschen. [Med. Abhandl. 2.] Wien. M. Merlin. Gr. 8. 32 S. mit 52 Holzschn. 1 Mk. 20 Pf.

Corney, Bolton G., Filariae from Fiji. Lancet I. 4. p. 236. Jan.

Dubreuilh, William, Les diptères cuticoles chez l'homme. Arch. de Méd. expérim. VI. 2. p. 328. Mars.

Forbes, C., Notes on the Guinea worm, filaria Medinensis or dracunculus; with a new method of radical cure. Lancet I. 8; Febr.

Leichtenstern, Otto, Bemerkung zu Dr. *Bückler's* Artikel „über d. Zusammenhang d. eosinophilen Zellen im Blute mit d. *Charcot*'schen Krystallen in d. Faeces b. Wurmkranken". Münchn. med. Wchnschr. XLI. 7.

Leuckart, Rud., Die Parasiten d. Menschen u. d. von ihnen herrührenden Krankheiten. 2. Aufl. 1. Bd. 5. Lief. Leipzig. L. C. F. Winter. Gr. 8. VIII S. u. S. 441—736 mit 118 Holzschn. 9 Mk.

Lilien, Eustrongylus gigas. Deutsche med. Wochenschr. XX. 16. Beil. p. 12.

Randle, John, The treatment of Guinea-worm. Lancet I. 3; Jan.

Roth, Felix, Guinea-worm and its treatment. Lancet I. 13. p. 801. March.

Sonsino, P., Degli entozoi dell' uomo in Tunisia. Gazz. degli Osped. XV. 44.

Ward, Henry B., Ueber das Vorkommen von Distoma Westermanni in d. verein. Staaten. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XV. 10 u. 11.

S. a. II. Stiles. III. Danilewsky. IV. 4. Nepveu; 5. Meslag, Schandein; 8. Mya; 9. Lenhartz, Tinozzi; 10. Lewin; 11. Geddie. V. 2. c. Hoffmann, Jones, Routier, Stavely. X. Warnecke. XI. d'Aguanno. XIII. 2. Blumer, Coronedi. XX. Rake.

V. Chirurgie.

1) *Allgemeine chirurg. Pathologie u. Therapie, Operations- u. Verbandlehre.*

Albers, Ueber eine Modifikation d. *Waltuch*'schen Holzverbände (Gipsleimverband). Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 6.

Barth, Arthur, Zur Frage d. Vitalität replantirter Knochenstücke. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 14.

Beiträge zur klin. Chirurgie. Red. von *P. Bruns* XI. 2. Tübingen. H. Laupp. Gr. 8. S. 273—563 mit 6 Taf. u. Holzschn. 8 Mk.

Bloch, Oscar, Om Benabscesser, särligt med Hensyn til deres patoligske Anatomi og Patogenese. Nord. med. ark. N. F. IV. 1. Nr. 3.

Brander, T. L., Large fibro-lipoma. Brit. med. Journ. March 17. p. 574.

Brunner, Fr., Schussverletzung durch d. neue schweiz. Ordonnanzgewehr. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 7.

Brunner, C., Eine weitere Beobachtung von Wunddiphtherie. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 13.

Buschke, Deckung von Hautdefekten durch fettlose Hautlappen. Deutsche med. Wchnschr. XX. 11. p. 261.

Caillet et Bernard; Warian; Weil et Moinel; Dumayne, Coups de feu par cartouches à blanc compliqués de tétanos. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 4. p. 301. April.

Caselli, A., Ueber Knochennaht mit versenkten Metallnähten. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 14.

Cheever, David W., Lectures on surgery. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 26. p. 633. Dec. 1893. CXXX. 4. 6. p. 81. 129. Jan., Febr. 1894.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Councilman, W. T., A case of multiple rupture of internal organs produced by a fall. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 5. p. 109. Febr.

Crile, George W., On the treatment of compound fractures. New York med. Record XLV. 6. p. 169. Febr.

Curtis, B. Farquhar, The cure of cancer by operation. New York med. Record XLV. 8. p. 225. Febr.

Czerny, V., Ueber d. Methode d. klin. Unterrichts an d. Heidelberger chirurg. Klinik, nebst Bemerkungen zur neuen Prüfungsordnung. Deutsche med. Wchnschr. XX. 16.

Dent, C. T., On subarticular necrosis. Lancet I. 15; April.

Doesburgh, H. G. J. van, Bijdrage tot de causaistik van lymphorrhagie [bij trauma]. Nederl. Weekbl. I. 9.

Durante, F., Contributo alla statistica delle resezioni per tubercolosi. Policlin. I. 1 e 2. p. 1. 1893.

Eiselsberg, Anton v., Ueber d. äusseren Bedingungen u. d. socialen Indikationen f. chirurg. Operationen. Wien. W. Braumüller. Gr. 8. 27 S. 27 S. 70 Pf.

Esmarch, Frdr. von, u. Ernst Kowalzig, Chirurg. Technik. 2. Bd.: Handbuch d. kriegschirurg. Technik von *v. Esmarch* u. *Kowalzig*. 2. Bd.: Operationslehre. Kiel. Lipsius u. Tischer. 8. IX u. 323 S. mit 505 Holzschn. 9 Mk.

Fabricius, Josef, Ueber Complikationen b. Heilungsverlaufe subcutaner Frakturen. Arch. f. klin. Chir. XLII. 1. p. 68.

Fiorani, La cura degli angiomi. Gazz. Lomb. 8.

Forgue, E., Nouveau modèle de dévidoir stérilisateur pour fils à ligatures et a sutures. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 2. p. 127. Févr.

Forselles, Arthur af, Ein Bohrer neuer Construktion f. chirurg. Zwecke. Chir. Centr.-Bl. XXI. 7.

Frakturen s. IV. 8. *Legnani*. V. 1. *Crile, Fabricius, Haenel, Michon, Pollosson, Port, Prawdoljubow, Rolfe;* 2. a. *Custinelli, Eigenbrodt, Enderlen, Röse, Shipps;* 2. b. *Power, Rebustello, Roberts, Schamberg;* 2. c. *Göschel, Héresco, Kerr, Somerset;* 2. e. *Choux, Clutton, Dollinger, Fairbank, Fracture, Gangolphe, Heusner, Hoffmann, Hudson, Ledderhose, Liermann, Mc Burney, Mauclaire, Meacher, Methner, Micheli, Park, Pierson, Sachs, Wheeler*. VII. *Schultze*. XVIII. *Friis*.

Fremdkörper s. V. 2. a. *Cahier, Cowgill, Delorme, Hamilton, Jopson, Lautenbach, Schmiegelow;* 2. c. *Morton, Wallace;* 2. d. *Angerer, Goldenberg, Güterbock, Legueu, Lüscher, Neuhaus;* 2. e. *Russell*. VI. *Eastes, Knauss, Moresti, Turton*. X. *Asmus, Hirschberg, Müller, Ripault, Schlösser, Spil, Swasey*. XI. *Buchanan, Heard, Knap, Schliep, Schmiegelow*.

Frey, R. v., Ueber Einheilung von Celluloidplatten. Wien. klin. Wchnschr. VII. 3.

Gehrke, Martin, Die Endresultate der in d. Göttinger chirurg. Klinik behandelten Fälle von Neuralgie. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 48 S. 1 Mk.

Gilles de la Tourette et Magdelaine, Sur un cas d'ostéite déformante de Paget. Nouv. Iconogr. de la Salp. VII. 1. p. 1. Janv. et Févr.

Gluck, Th., Die Bedeutung d. funktionellen Anpassung f. d. Orthopädie. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 7.

Grossmann, J., Die hypnot. Suggestion bei der Reposition u. Nachbehandlung von Knochenbrüchen u. Verrenkungen. Ztschr. f. Hypnot. II. 6. p. 198.

Guépin, Traitement des abcès froids. Gaz. de Par. 11.

Haenel, Friedrich, Ueber Frakturen mit Bezug auf d. Unfallversicherungsgesetz. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVIII. 2 u. 3. p. 129.

Heusner, L., Ueber Spiraldrahtverbände. Deutsche med. Wchnschr. XX. 10.

Hinterstoisser, Hermann, Zur Heteroplastik mittels Celluloid. Wien. klin. Wchnschr. VII. 4.

Jaboulay, L'exposition à l'extérieur d'organes malades ou opérés (l'exhystéropéxie etc.). Lyon méd. LXXV. p. 192. Févr.

Kaarsberg, Om Galvanokirurgi. Hosp.-Tid. 4. R. II. 6. 7. 8.

Kemperdick sen., Eine neue chirurg. Doppelzange: Sperr- u. zugleich Greifzange. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 14.

Klausner, F., Bericht über d. kön. chir. Universitäts-Poliklinik zu München im J. 1893. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 9.

Knochen- u. Gelenkkrankheiten s. I. *Hugounenq*. III. *Canon, Marsh*. IV. 2. *Macartney;* 5. *Robertson;* 8. *Lloyd, Taylor;* 10. *Funk;* 11. *Adsersen, Guépin, Thérèse*. V. 1. *Bloch, Dent, Durante, Gilles, Grossmann, Koppius, Martin, Mauclaire, Meunier, Ris, Robin, Rutherford, Schoonheid, Tillaux, Wolff, Zeller;* 2. a. *Branham, Isidor, Ramage, Wheaton;* 2. b. *Keen, Romme;* 2. e. *Basile, Cestan, Cumston, Delorme, Després, Dyer, Farwell, Gerrais, Levor, Macartny, Mauclaire, Ménard, Odisio, Phelps, Reverdin, Roberts*. XI. *Dreyfuss*. XIII. 2. *Naumann*.

Koenig, Franz, Lehrbuch d. speciellen Chirurgie. 6. Aufl. 3. Bd. Berlin. A. Hirschwald. Lex.-8. XVIII u. 846 S. mit 104 Holzschn. 13 Mk. — Vollst. 43 Mk.

Koppius, W. J., Een geval van niet-puerperale osteomalacie. Nederl. Weekbl. I. 3.

Korteweg, J. A., Het nut van den secundairen zenuwnaad. Nederl. Weekbl. I. 12.

Lauenstein, Carl, Ein Ringmeissel. Chir. Centr.-Bl. XXI. 14.

Lawrie, E., Clinical anaesthetic statistics for Sept. 1893, Afzulgunj hospital. Lancet I. 3; Jan.

Lockwood, C. B., On aseptic and septic surgical cases, with special reference to the disinfection of skin, sponges, and towels. Brit. med. Journ. Jan. 27.

Loewe, Ludwig, Ein neues Knochenbohrverfahren. Deutsche med. Wchnschr. XX. 10.

Luxationen s. III. *Lorenz*. IV. 8. *Moorhouse*. V. 1. *Grossmann, Port, Rolfe, Ullmann;* 2. b. *Power;* 2. e. *Borchard, Clutton, Demoulin, Koch, Lorenz, Ledderhose, Mc Burney, Morestin, Nimier, Paci, Ricard, Rochet, Scalzi, Schmitt*.

Martin, E., Zur Ausfüllung von Knochenhöhlen mit todtem Material. Chir. Centr.-Bl. XXI. 9.

Mauclaire, P., Des différentes variétés étiologiques et cliniques des abcès froids ou chroniques; suppurations aseptiques aiguës et chroniques. Gaz. des Hôp. 15.

Mauclaire, Pl., Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses. De leur traitement par la méthode sclérogène pure, ou combinée à l'arthrectomie précoce et répetée, surtout chez l'enfant. Revue des Mal. de l'Enf. XII. p. 161. Avril.

Meunier, H., Un cas d'ostéite déformante de Paget. Nouv. Iconogr. de la Salp. VII. 1. p. 17.

Meyer, Ad., Zur Frage d. Narbencontraktion bei Transplantationen nach *Thiersch*. Deutsche med. Wochenschr. XX. 16.

Michon, Edouard, Traitement des fractures par le massage. Gaz. de Par. 10.

Mikulicz, J., Zur Behandlung d. Tuberkulose mit Stauungshyperämie nach *Bier*. Chir. Centr.-Bl. XXI. 12.

Miller, A. G., Note on *Bier's* new method of treating strumous diseases of the extremities by passive congestion. Edinb. med. Journ. XXXIX. 8. p. 702. Febr.

Mittheilungen aus d. chirurg. orthopäd. Poliklinik von *A. Hoffa*. München. J. F. Lehmann. Gr. 8. III u. 121 S. mit Abbild. 3 Mk.

Mommsen, Ernst, 2 Fälle gutartiger grosser Schleimbeutelhygrome. Deutsche med. Wchnschr. XX. 5.

Murray, A. S., Photography applied to surgery. Johns Hopkins Hosp. Rep. III. 7—9. p. 423.

Nelis, George, Gunshot injury by the Lee-method rifle. Brit. med. Journ. Jan. 20. p. 127.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Nicaise, E., *Mondeville* et le traitement des plaies au XIVme. siècle. Revue de Chir. XIV. 1. p. 61.

Nimier, H., Les projectiles de l'ancien et du nouveau fusil d'infanterie aux Etats-Unis. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 4. p. 326. Avril.

Patek, Arthur J., Report of surgical operations and interesting cases at the German hospital, March 1—June 15. 1893. Univers. med. Mag. VI. 6. p. 376. March.

Paulsen, F., Ein asept. Nähzeug u. eine mit dems. auszuführende Nähmethode. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XI. 6.

Péan, Sur les appareils prothétiques destinés à obtenir la réparation et la cicatrisation des parties dures de l'organisme. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 11. p. 264. Mars 13. — Gaz. des Hôp. 32.

Phocas, G., De l'emploi des températures élévées en chirurgie. Gaz. des Hôp. 23.

Pichler, A., Versuche über d. Verlässlichkeit d. Sterilisationsmaassnahmen f. d. Instrumente u. Verbandstoffe. Chir. Centr.-Bl. XXI. 15.

Pollosson, Auguste, Diagnostic et traitement des fractures avec interposition musculaire. Lyon méd. LXXV. p. 93. Janv.

Poncet, Pelvi-cuvette. Lyon méd. LXXV. p. 335. Mars.

Port, K., Uebersicht über d. in d. JJ. 1890—1892 in d. chir. Abth. [d. städt. Krankenh. l. d. Isar] ausgeführten Operationen, sowie über d. im gleichen Zeitraume behandelten Frakturen u. Luxationen. Ann. d. städt. Krankenh. in München p. 296.

Prawdoljubow, W., Die Behandlung d. uncomplicirten Frakturen mittels Massage. Boln. gas. Botk. 46. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Quénu, De l'ameublement d'un service de chirurgie (pavillon Pasteur, à l'hôpital Cochin). Revue de Chir. XIV. 3. p. 221.

Repetitorium, kurzes, d. Verbandlehre. Wien. M. Breitenstein. 8. 64 S. mit Illustr. 1 Mk. 10 Pf.

Répin, Un procédé sûr de stérilisation du catgut. Ann. de l'Inst. Pasteur VIII. 3. p. 170. Mars.

Ris, F., Offener Brief an d. Herrn Ref. von der *Th. Billroth* gewidmeten Festschrift: Riggs'sche Krankheit u. Phosphornekrose. Wien. klin. Wchnschr. VII. 9.

Robb, Hunter, Importance to the surgeon of bacteriological training. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. IV. 36. p. 124. Dec. 1893.

Robin, Note sur un cas d'ostéite déformante de Paget. Nouv. Iconogr. de la Salp. VII. 1. p. 15. Janv. et Févr.

Rolfe, William A., A case of suprapubic dislocation of the left femur and compound fracture of the coccyx. New York med. Record XLIV. 12. p. 366. March.

Rutherford, Acute ostcomyelitis. Glasgow med. Journ. XLI. 4. p. 300. April.

Sarfert, Ein Kettensägenführer. Deutsche med. Wchnschr. XX. 16.

Scheimpflug, Max, Transportabler Extensionsapparat zur Anlegung von Gipshosen u. s. w. Wien. klin. Wchnschr. VII. 6.

Schlatter, Carl, Ueber Dr. *Breiger's* Gipswatte. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 8.

Schnitzler, J., u. K. Ewald, Zur Technik d. Hauttransplantation nach *Thiersch*. Chir. Centr.-Bl. XXI. 7.

Schoonheid, P. H., Die Resultate d. chirurg. Behandl. neuropath. Gelenkaffektionen. Inaug.-Diss. (Heidelberg) Frankfurt a. M. Druck von Mahlau u. Waldschmidt. Gr. 8. 106 S. mit 2 photol. Tafeln.

Strachan, Henry, Bony overgrowths or exostoses in the West Indian negro. Brit. med. Journ. Jan. 27. p. 189.

Terrier, F., Statistique des opérations pratiquées à l'Hôpital Bichat (service des consultations et service hospitalier). Progrès méd. XXII. 10. 15.

Tillaux, Ostéomyélite subaiguë. Gaz. des Hôp. 28.

Tracy, Edward A., A brief splint-technology for surgeons. Med. News LXIV. 11. p. 284. March.

Trier, H., Zur mechan. Behandl. d. subcutanen Phlegmonen. Therap. Monatsh. VIII. 4. p. 155.

Ullmann, Emerich, Einige bemerkenswerthe Luxationsfälle. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 12. 13.

Warnots, L., Antisepsie, asepsie et anaesthésie générale. Journ. de Brux. LII. 2. 8. p. 17. 113. Janv., Févr.

Wolff, J., Osteoplastische Operationen mittels Verschiebung von Knochenstücken. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 6. 7. 9.

Zeller, Zu d. *Bier'*schen Methode d. Tuberkulosenbehandlung. Deutsche med. Wchnschr. XX. 8. p. 183.

S. a. I. Sior. III. Penzo, Schnitzler. IV. 2. Clarke, Guder, Remesoff; 8. Barlow, Bruns, Dercum, Marchese, Wichmann, Zoegl; 9. Robin; 10. Contrell. XIII. 2. *Anaesthetica, Antiseptica, Verbandmittel;* 3. *Asphyxie durch Anaesthetica.* XIV. 2. Schütz; 4. Magill.

2) *Specielle Chirurgie.*

a) Kopf u. Hals (einschl. Oesophagus).

Åkerman, J. H., Ueber die operative Behandlung d. Mikrocephalie. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 90., Chir. 25.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 20 S. 75 Pf.

Albers, Kanüle für Oesophagusfistel. Deutsche med. Wchnschr. XX. 14. Ver.-Beil. p. 3.

Alexandrow, Chondrolipoma epiglottidis; Pharyngotomia subhyoidea. Chir. Ljetop. III. 5. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Annandale, On intracranial surgery. Edinb. med. Journ. XXXIX. 10. p. 898. April.

Arcolo, Eugenio, Su di un caso di ferita d'arma da fuoco del cranio penetrante nel cervello; emiplegia; guarigione spontanea. Gazz. Lomb. 12.

Bayer, Carl, Ein Beitrag zur Oesophaguschirurgie. Prag. med. Wchnschr. XIX. 4. 5.

Beck, Carl, Resection of the hyoid bone for radical cure of fistula colli congenita. New York med. Record XLV. 11. p. 335. March.

Becker, Halbseit. Kehlkopfexstirpation wegen Krebs. Deutsche med. Wchnschr. XX. 4. p. 90.

Berten, Ueber die Beziehungen von Zahnerkrankungen zu d. Erkrankungen d. Kieferhöhle. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 9. 10. 1893.

Branham, J. H., Tumors of the superior maxilla. Med. News LXIV. 9. p. 233. March.

Broes van Dort, Een geval van Baelz'sche ziekte [Geschwür an d. Lippe]. Nederl. Weekbl. I. 5.

Browne, Lennox, Haemorrhage following tonsillotomy, its causes and appropriate treatment. Lancet I. 3. p. 179. Jan.

Browne, Lennox, Acute inflammation of the antrum of Highmore after influenza. Brit. med. Journ. March 31. p. 681.

Butlin, Henry T., On a series of cases of removal of one-half or the whole of the tongue. Brit. med. Journ. April 14.

Cahier, L., De l'oesophagotomie externe pour corps étrangers. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 2. p. 98. Févr.

Carline, Case of trephining for traumatic epilepsy. Brit. med. Journ. Febr. 24. p. 408.

Chapman, John T., Trephining as a cure for traumatic epilepsy. Med. News LXIV. 8. p. 204. Febr.

Chipault, A., Note sur un ostéotome crânien. Revue neurol. II. 4. p. 104. Févr.

Collet, J., Névrome plexiforme de la face; malformation congénitale de la face et du crâne, avec éléphantiasis des parties molles. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 7.

Collier, M. P. Mayo, Acute abscess of the left frontal sinus simulating orbital cellulitis. Lancet II. 4, p. 204. Jan.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Cowgill, Warwick M., Foreign bodies in the oesophagus. Amer. Pract. and News XVII. 3. p. 85. Febr.

Custinolli, Carmelo, 2 casi di frattura della volta del cranio seguiti da guarigione. Gazz. degli Osped. XV. 28.

Dalziel, Cystic adenoma of the thyroid, removed by operation. Glasgow med. Journ. XLI. 3. p. 227. March.

D'Antona, A., Nove casi di chirurgia cerebrale (epilessia). Policlin. I. 5. p. 83.

Delbet, Pierre, Le phlegmon sublingual (angine de Ludwig). Gaz. de Par. 14.

Delorme, De l'inutilité et des dangers habituels de la recherche des balles de revolver du commerce dans les cas de pénétration du crâne et de l'encéphale. Gaz. des Hôp. 25. 26. 31.

Delvoie, P., Histoire, indications et contre-indications, technique et résultats de la trépanation crânienne. Bruxelles. Hayez. 8. 320 pp.

Demoulin, A., De l'angine de Ludwig. Arch. gén. p. 202. Févr.

Downie, Walker, Epithelioma of the left vocal cord removed by laryngotomy 17 months ago. Brit. med. Journ. March 17. p. 575.

Dumont, Craniectomie wegen Idiotie. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 7. p. 225.

Dupraz, Alfred L., Plaie pénétrante du crâne au niveau du lobe frontal droit; issue de la substance cérébrale; désinfection; suture; drainage; guérison. Revue de Chir. XIV. 1. p. 56.

Eigenbrodt, K., Ueber Cephalhydrocelen u. Schädellücken nach einfachen Schädelfrakturen im Kindesalter. Beitr. z. klin. Chir. XI. 2. p. 401.

Eigenbrodt, Meningocele spuria traumatica. Deutsche med. Wchnschr. XX. 4. p. 89.

Ellison, S. K., Operation for depressed nose. Lancet I. 7; Febr.

Enderlen, E., Ein Fall von Basisfraktur. Ann. d. städt. Krankenh. in München p. 292.

Eskridge, J. T., and E. J. Baker, Neuralgia of the right cranial nerve of 16 years duration; excision of the 3 divisions at the Gasserian ganglion; death. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 3. p. 291. March.

Estes, W. L., Gold-foil in the shape of a conical cup introduced into the lacerated cavity of the cerebrum for the purpose of permanently stopping the outflow of cerebral tissue and closing a hole in the membranes. Med. News LXIV. 10. p. 267. March.

Fitzgerald, J., On the nature and treatment of pyorrhoea alveolaris, and its importance to the physician. Lancet I. 8; Febr.

Forselles, Arth. af, Die durch eitr. Mittelohrentzündung verursachte Lateralsinus-Thrombose u. deren operative Behandlung. Kuopio (Berlin. A. Hirschwald). Lex.-8. X u. 125 S. mit 1 graph. Tafel. 6 Mk.

Gallez, L., La trépanation du crâne, histoire, technique opératoire, indications et contre-indications, résultats. Bruxelles. 8. 461 pp.

Gluck, Struma bei persistirender Thymusdrüse. Deutsche med. Wchnschr. XX. 12. p. 278.

Gregor, G. D., Suppuration of the frontal sinus. New York med. Record XLV. 13. p. 396. March.

Griffin, E. Harrison, Abscess of the antrum of Highmore. New York med. Record XLV. 13. p. 393. March.

Grünwald, L., Zur Abwehr [in Bezug auf Empyeme d. Nasennebenhöhlen]. Mit Entgegnungen von *Zuckerkandl* u. *Hajek*. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 4.

Guinard, Aimé, Traitement des anévrismes du tronc brachio-céphalique par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites. Bull. de Thér. LXIII. 4. 6. 8. p. 49. 124. 181. Janv. 30. Févr. 15. 28.

Hamilton, William T., Esophagotomy for the removal of a bucksye-nut. Med. News LXIV. 4. p. 98. Jan.

Hamilton, A. J., Parotitis following pneumonia. Univers. med. Mag. VI. 5. p. 350. Febr.

Hertz, P., En interessant Skudläsion (Vaadeskuddet i Kalvebodstrand). Hosp.-Tid. 4. R. II. 9.

Herzfeld, J., Zur Pathologie u. Therapie d. Keilbeinhöhlen-Eiterung. Arch. f. klin. Chir. XLVII. 1. p. 146.

Holmden, A case of injury to the throat and hard palate. Lancet I. 6. p. 332. Febr.

Huguet, J., et R. de Bovis, Contribution à l'étude des phlegmons sus-hyoïdiens (phlegmons sublingaux, angines de Ludwig). Arch. gén. p. 385. Avril.

Jayle, Hypertrophie chronique des parotides et des sous-maxillaires. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 3. p. 120. Janv.—Févr.

Jopson, J. H., Grain of corn in the trachea; tracheotomy and removal; recovery. Univers. med. Mag. VI. 7. p. 473. April.

Irvine, Robert Wm., A case of gunshot wound of the head. Edinb. med. Journ. XXXIX. 10. p. 918. April.

Isidor, Exostose du crâne; perforation de la boîte crânienne; perte de substance de la dure-mère au point correspondant chez une femme n'ayant aucun accident syphilitique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 26. p. 701. Nov.—Déc. 1893.

Keen, W. W., The treatment of enlarged cervical glands. Brit. med. Journ. Jan. 20. p. 160.

Larmarche, and G. L. Walton, Case of fatal haemorrhage from the left lateral sinus, caused by a blow on the jaw. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 9. p. 201. March.

Lautenbach, Louis J., A new tongue-depressor and an ear-screw for the removal of foreign bodies. Med. News LXIV. 4. p. 101. Jan.

Lohoff, B., Ueber Tracheotomie b. Larynxtuberkulose. Inaug.-Diss. Würzburg. Paul Scheiner's Buchdr. 8. 37 S.

Maag, H., Tracheotomia inferior. Hosp.-Tid. 4. R. II. 16.

Mc Cosh, Andrew J., Report of 4 cases of brain surgery. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 3. p. 235. March.

Mc Gee, W. J., Primitive trephining, illustrated by the Muñiz Peruvian collection. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. V. 37. p. 1. Jan.—Febr.

Mackie, Wm., A case of encephalocele; removal; hydrocephalus; death. Brit. med. Journ. March 10.

Makay, Excision of the larynx; the after-treatment of the patient. Lancet I. 15; April.

Matignon, J. J., Du phlegmon sublingual (angine de Ludwig). Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 4. p. 273. Avril.

Monod, Ch., De l'intervention dans les plaies du crâne par balles de revolver. Mercredi méd. 9.

Morris, Henry, A case of cancer of the thyroid gland; death; necropsy. Lancet I. 6. p. 332. Febr.

Morton, George A., Lymphatic naevus of the tongue. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 58. 1893.

Mossé, Nouvelles recherches sur la production d'une greffe osseuse hétéroplastique après la trépanation. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 5. p. 97. Janv. 30.

Moxham, M. C., Acute inflammation of the antrum of Highmore after influenza. Brit. med. Journ. Febr. 24. p. 408.

O'Carroll, Hydrocephalia. Dubl. Journ. XCVII. p. 167. Febr.

Ord, William Wallis, and Herbert F. Waterhouse, A case, diagnosed as tubercular meningitis, treated by trephining and drainage of the subarachnoid space; recovery. Lancet I. 10; March.

Packard, John H., a) Pistol-shot wound of the neck. — b) Trephining for extra-dural hemorrhage. Med. News LXIV. 2. p. 44. 45. Jan.

Pel, K. P., Eine grosse Hirngeschwulst ohne Kopf-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

schmerz u. mit normalem Augenhintergrund; Exstirpation. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 5.

Poncet, A., et Jaboulay, Traitement chirurgical des goîtres par l'exothyropéxie; mécanisme de la résorption des goîtres exposés à l'air. Gaz. des Hôp. 17. — Mercredi méd. 6.

Post, Abner, Oesophagotomy with healing by first intention. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 26. p. 642. Dec. 1893.

Pyle, J. S., Opening the cranial cavity with a new set of instruments. New York med. Record XLV. 6. p. 163. Febr.

Quénu, De la trépanation préventive dans les plaies du crâne par balles de revolver. Mercredi méd. 9.

Ramage, C., Acute abscess of frontal sinus with necrosis, simulating orbital cellulitis. Lancet I. 10. p. 599. March.

Regulski, Marian, Beitrag zur Statistik u. Klinik d. Lippencarcinome aus d. chir. Universitätsklinik d. Prof. Dr. *W. Koch*. Diss. Dorpat (Jurjew). Karow. Gr. 8. 113 S. 2 Mk. 50 Pf.

Relton, Bernard, and William F. Haslam, Case of haemorrhage from a branch of the middle meningeal artery; trephining; recovery. Lancet I. 8; Febr.

Röse, Carl, Ueber Kieferbrüche u. Kieferverbände. Jena. G. Fischer. Lex.-8. VI u. 53 S. mit 56 Abbild. 2 Mk.

Rose, William, Notes on 2 cases of the *Braun-Lossen* operation for trigeminal neuralgia. Lancet I. 11; March.

Rougé, Calixte, Simple note sur la pénétration d'une balle de revolver d'ordonnance dans le crâne. Gaz. des Hôp. 34.

Sacchi, Ercole, Contributo alla tecnica delle plastiche del cranio ed allo studio della funzione dei lobi pre-frontali. Rif. med. X. 44.

Schmiegelow, E., Fremmede Legeme i Spisröret, fjernet ved Pharyngotomia subhyoidea; Helbredelse. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 14. 15.

Semon, Felix, Acute inflammation of the left antrum of Highmore after influenza. Brit. med. Journ. Febr. 3.

Shipps, William H., Compound comminuted fracture of the skull. New York med. Record XLV. 8. p. 237. Febr.

Sickinger, Joseph, Zur operativen Behandl. d. Struma b. d. Basedow'schen Krankheit. Inaug.-Diss. (Strassburg). Mainz. E. Herzog. 8. 35 S. 1 Mk.

Sievers, Richard, Till kännedomen om struma i Finland. Helsingfors. Centraltryck. 8. 52 S. — Finska läkaresällsk. XXXVI. 3. S. 157.

Socin, Ueber plötzl. Erstickungsanfälle bei Kropfkranken. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 7. p. 222.

Stockmann, Beitrag zur operativen Behandlung d. Basedow'schen Krankheit. Deutsche med. Wchnschr. XX. 6. p. 141.

Stubenrauch, L. von, Ueber einen Fall von tuberkulöser Parotitis. Arch. f. klin. Chir. XLVII. 1. p. 26.

Thomalla, Partialresektion des Oberkiefers mit Anwendung eines Blutleiters. Chir. Contr.-Bl. XXI. 5.

Tietze, A., Zur Therapie d. narbigen Speiseröhrenverengungen. Deutsche med. Wchnschr. XX. 16.

Tillaux, De la staphylorrhaphie. Gaz. des Hôp. 10.

Troje, Georg, Chirurg. Beiträge zur Lokalisation in d. Grosshirnrinde. Deutsche med. Wchnschr. XX. 5. 6.

Verneuil, Sarcome de l'amygdale gauche, de la moitié voisine du voile du palais et des piliers correspondants, avec propagation au bord et à la base de la langue; extirpation; guérison. Revue de Chir. XIV. 1. p. 67.

Ward, Whitefield, New ideas with reference to 2 wellknown operations [amputation of the tonsils and of the uvula]. Med. News LXIV. 7. p. 169. Febr.

Wheaton, S. W., Ivory exostosis of the skull. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 133. 1893.

Winckler, Ernst, Dürfen d. therapeut. Eingriffe, welche zur Behandl. einer Oberkieferhöhlen-Eiterung als kunstgerechte in Frage kommen können, auch bei der gleichen Erkrankung d. Sinus frontalis angewandt werden? Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXVIII. 2. 3.

Zeller, Oesophagotomie. Deutsche med. Wochenschr. XX. 8. p. 183.

Ziem, C., Nochmals d. Durchleuchtung d. Kiefer- u. Stirnhöhle. Berlin. O. Coblentz. Gr. 8. 8 S. mit 2 Figg. 1 Mk.

S. a. III. Albert, Hitzig, Hofmeister, Masoin, Rosenblatt. IV. 2. Phillips, Ryle; 8. Brunet, Buschan, Canter, Chamberlain, Egorow, Grube, Hirschberg, Joffroy, Keen, Marie, Möbius, Putnam, Rehn, Taylor, Thomas, Vandervelde, Weber; 9. Makins. V. 2. c. Wallace, Williams. VIII. Breton, Jennings. IX. Rigal. X. *Verletzungen u. Operationen am Auge.* XI. Moure, Okunew, Ranke, Thiem. XIV. 3. Howard. XVI. Kamm. XVII. Rigal.

b) Wirbelsäule.

Binaud, J. W., et J. Crozet, Sur 2 cas nouveaux de trépanation rachidienne pour paraplégie consécutive au mal de Pott. Arch. clin. de Bord. III. 1. p. 1. Janv.

Buchanan, George, Spinal curvature. Brit. med. Journ. March 17. p. 573.

Ferrier and W. Watson Cheyne, A case of tumour of the spinal cord; removal of tumour; death. Lancet I. 12. p. 739. March.

Hulke, A case of injury of the lumbar swelling of the spinal cord caused by a fall. Lancet I. 11. p. 670. March.

Keen, W. W., The surgical treatment of Pott's disease. Therap. Gaz. 3. S. X. 1. p. 1. Jan.

Knox, R., Spina bifida; ulceration and rupture of sac; spontaneous cure. Lancet I. 8. p. 472. Febr.

Kölliker, Th., Ueber d. Anwendung d. Gipscorsets. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 13.

Myles, T., Laminectomy in spinal injuries. Dubl. Journ. XCVII. p. 362. April.

Power, Henry, A case of fracture and dislocation of the second lumbar vertebra, with operation. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 4. p. 423. April.

Rebustello, Giuseppe, Frattura d'un'apofisi spinosa vertebrale da azione muscolare. Rif. med. X. 83.

Roberts, John B., Cases of laminectomy for spinal fracture. Med. News LXIV. 10. p. 265. March.

Romme, R., L'ostéomyélite aiguë des vertèbres. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 3.

Romme, R., De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs des méninges rachidiennes. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 13.

Schamberg, Jay F., Fracture of sixth and seventh cervical vertebrae. Univers. med. Mag. VI. 5. p. 327. Febr.

Sloan, T. W., The horizontal position for applying plaster cast. New York med. Record XLV. 10. p. 318. March.

Spencer, W. G., Dermoid cyst with infundibular pedicle from a case of masked spina bifida. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 132. 1893.

Turney, H. G., and H. H. Clutton, Case of tumour pressing on the spinal cord; operation; death. Lancet I. 7; Febr.

S. a. II. Juvara, Schou, Spietschka. III. Langlois. IV. 8. Gombault.

c) Bauch, Brust und Becken.

Allison, Charles C., Operative technique in classified cases of hemorrhoids, with a new and safe method of injection. Mathew's med. Quarterly I. 1. p. 22. Jan.

Anderson, William, A case of chronic mastitis

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

in a male aged 45. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 122. 1893.

Andrew, Grant, Traumatic rupture of the stomach. Glasgow med. Journ. XLI. 2. p. 152. Febr.

Ashhurst, William W., Large suppurating cyst of the pancreas; pancreatotomy; recovery. Med. News LXIV. 14. p. 377. April.

Bacon, Joseph B., A new operation for the cure of strictures of the rectum and sigmoid. Mathew's med. Quarterly I. 1. p. 1. Jan.

Ball and Bidwell, A case of biliary colic; cholecystotomy. Lancet I. 10. p. 600. March.

Barling, Gilbert, Remarks on the treatment of peritonitis by drainage. Brit. med. Journ. Jan. 20.

Bartlett, R. C., Wounds of the pleurae. Lancet I. 10. p. 641. March.

Bassett, H. W., Jacket support for legs in perineal operations. New York med. Record XLV. 6. p. 190. Febr.

Bassini, Ed., Neue Operationsmethode zur Radikalbehandl. der Schenkelhernie. Arch. f. klin. Chir. XLVII. 1. p. 1.

Bayle, L., De l'étranglement interne produit par un diverticule intestinal. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 2. p. 109. Févr.

Beadles, Cecil F., Fibroma of the male breast. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 124. 1893.

Bernays, Augustus C., Sphincteropoesis. Improvements and suggestions in regard to the operation of colotomy. Mathew's med. Quarterly I. 1. p. 66. Jan.

Bishop, E. Stanmore, The etiology of chronic hernia, with special reference to the operation for radical cure. Lancet I. 6; Febr.

Barwell, Richard, Abdominal section for ruptured gastric ulcer. Lancet I. 12. p. 774. March.

Brandt, Jos., Ueber Gastroplicatio. Chir. Centr.-Bl. XXI. 16.

Brault, J., Traitement des adénites inguinales à forme aiguë et subaiguë. Lyon méd. LXXV. p. 287. 330. Mars.

Breitmann, Zur Casuistik d. Atresia ani. Chir. Ljetop. III. 5. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Bruns, P., Die Omphalektomie b. d. Radikaloperation d. Nabelbrüche. Beitr. z. klin. Chir. XI. 2. p. 560.

Bryson, John P., The radical treatment of stricture of the rectum viewed from the standpoint of its etiology. Mathew's med. Quarterly I. 1. p. 62. Jan.

Buchanan, George, Radical cure of hernia. Brit. med. Journ. March 17. p. 573.

Caird, Francis M., On gastrostomy after the method of *Witzel*. Edinb. med. Journ. XXXIX. 8. p. 708. Febr.

Caliari, Carlo, 2 casi di colelitiasi trattati chirurgicamente. Rif. med. X. 36. 37.

Cartledge, A. Morgan, Is operation demanted in all cases of appendicitis? The best time to operate. Med. News LXIV. 6. p. 144. Febr.

Casinari, Tiliberto, Laparatomia nella peritonite tubercolare. Rif. med. X. 50. 51. 52.

Chassel, Leo, Zur Casuistik d. Darmverschlusses nach Herniotomien. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 9. 10.

Cheyne, W. Watson, On the treatment of cancer of the breast. Brit. med. Journ. Febr. 10.

Choux, Hernie inguinale congénitale étranglée; kélotomie; cure radicale; guérison. Revue de Chir. XIV. 1. p. 70.

Clarke, J. Jackson, A case of retro-peritoneal hernia. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 67. 1893.

Codivilla, A., 6 casi di gastroenterostomia. Sperimentale XLVII. V e VI. p. 406. 1893.

Comte, J. R., Note sur 3 cas de gastro-entérostomie. Revue méd. de la Suisse rom. XIV. 3. p. 165. Mars.

Comte, J. R., Note sur un cas de rupture du poumon par simple contusion de la paroi thoracique. Revue méd. de la Suisse rom. XIV. 3. p. 191. Mars.

Condamin, R., De la trépanation du bassin. Le Mans. Monnoyer. 8. 32 pp. avec figg.

Cordwent, Geo., Laceration of abdominal wall; reciprocating vitalities. Brit. med. Journ. Febr. 3. p. 240.

Croft, John, On the mortality after operations for strangulated hernia, the treatment of gangrenous intestine, and the radical cure of hernia. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 4. p. 374. April.

Czempin, A., Ein Operationstisch f. Laparotomien (Beckenhochlagerung durch verstellbare Beckenplatte). Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 13.

Dalton, Norman, Case of multiple papillomata of colon and rectum. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 85. 1893.

Delorme, E., Nouveau traitement des empyèmes chroniques. Gaz. des Hôp. 11.

Demmler, Observation de péritonite tuberculeuse avec ascite, traitée par la ponction et les injections de naphthol camphrée; valeur comparative de la laparotomie et de la ponction, suivie d'injections antiseptiques. Gaz. des Hôp. 44.

Dent, C. T., On the diagnosis and operative treatment of acute intestinal obstruction due to bands. Brit. med. Journ. Jan. 20.

Dickinson, Lee, 2 cases of subphrenic pyo-pneumothorax. Brit. med. Journ. Febr. 3.

Dörfler, Hans, Zur Frühoperation des Ileus. Münchn. med. Wchnschr. XL. 52. 1893.

Dollinger, J., Beiträge zur Wahl d. Operationsmethode b. narbiger Pylorusverengerung u. zur Technik d. Pylorusexstirpation. Wien. med. Presse XXXV. 13.

Dorange, Contusion de l'abdomen (accident d'équitation); laparotomie; mort. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 3. p. 223. Mars.

Dowd, J. Henry, New apparatus for use in operating in the perineal region. New York med. Record XLV. 2. p. 63. Jan.

Dreydorff, H., Casuist. Beitrag zur Magenchirurgie. Beitr. z. klin. Chir. XI. 2. p. 333.

Dujardin-Beaumetz, Sur quelques symptomes présentés par les individus porteurs de fistules biliaires intestinales et sur les préceptes de thérapeutique et d'hygiène qui leur sont applicables. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 11. p. 258. Mars 13.

Dunin, Th., Ueber d. Resultate d. Gastro-Enterostomie b. narbiger Verengerung d. Pylorus. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 4.

Durand, Des récidives du carcinome mammaire. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 15.

Elliot, J. W., Intestinal anastomosis (with *Senn's* plates) for cancerous obstruction. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 12. p. 285. March.

Fabricius, Josef, Ueber eine neue Methode d. Radikaloperation von Schenkelhernien. Chir. Centr.-Bl. XXI. 6.

Février, Laparotomie et entérorrhaphie latérale pour la cure d'un anus iliaque. Revue de Chir. XIV. 1. p. 73.

Field, F. A., Penetrating wound of the heart; death in 39 hours. Lancet I. 8. p. 474. Febr.

Fischer, H., Die Eiteransammlungen im subumbilikalen Raume. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 89., Chir. 24.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 22 S. 75 Pf.

Fisher, Theodore, Hemiplegia during perflation of an empyema cavity, with a suggestion as to the cause of the accident. Lancet I. 11; March.

Föderl, Oskar, Beiträge zur Chirurgie d. Rectum u. d. Uterus. Wien. klin. Wchnschr. VII. 14. 15.

Fox, J. Tregelles, The treatment of cancer of the breast. Brit. med. Journ. March 3. p. 493.

Frank, Louis, Asepsis with especial reference to abdominal surgery. Amer. Pract. and News XVII. 5. p. 161. March.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Franklin, George Cooper, Internal strangulation in an aperture of the mesentery; acute intestinal obstruction; operation; recovery. Lancet I. 6. p. 334. Febr.

Gatti, G., Sul processo intimo di regressione della peritonite tubercolare per la laparotomia semplice. Rif. med. X. 53. 54.

Gay, George W., Strangulated hernia. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 26. p. 637. Dec. 1893.

Gay, George W., Malignant disease of the rectum. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 9. p. 204. March.

Gerster, Arpad G., Rectal incontinence and its cure by torsion. New York med. Record XLV. 6. p. 161. Febr.

Gersuny, Robert, Aphoristisches über Darmchirurgie. Wien. med. Presse XXXV. 5. 6.

Girard, Ueber Radikaloperation von Inguinalhernien. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 6. p. 186.

Göschel, Beckenfraktur. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 16. p. 318.

Grossmann, J., Laparotomie wegen Ileus; Heilung. Münchn. med. Wchnschr. XL. 52. 1893.

Guillemot, Résections costales dans la pleurésie purulente. Gaz. hebd. 3. S. XXXI. 12.

Gussenbauer, Carl, Zur Casuistik d. Pankreascysten. Prag. med. Wchnschr. XIX. 3.

Hamilton, John B., Abdominal sinuses and fistulae. Mathew's med. Quarterly I. 1. p. 58. Jan.

Hartmann, Henri, Contribution à l'étude de la tuberculose anale. Revue de Chir. XIV. 1. p. 1.

Heaton, George, 2 rare varieties of strangulated inguinal hernia complicated by retained testicle. Lancet I. 4; Jan.

Héresco et Gaston Delétré, Fracture des côtes sans déplacement; déchirure du lobe moyen du poumon droit; hémothorax consécutif. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 27. p. 715. Déc. 1893.

Heuston, Francis T., Entero-vesical fistula treated by laparo-enterotomy. Brit. med. Journ. Febr. 24.

Hill, J. C., Thoracotomy in a case of empyema following pneumonia. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 25. p. 618. Dec. 1893.

Hirschberg, Ein Fall von Prolapsus recti, durch Trauma hervorgerufen. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 14.

Hirst, Barton Cooke, Unusual stricture of the rectum. Med. News LXIV. 13. p. 349. March.

Hoffmann, Eg., Ueber subphren. Echinococcus. Deutsche med. Wchnschr. XX. 10.

Horrocks, William, Excision of intestine for malignant disease; circular enterorrhaphy by *Paul's* method. Brit. med. Journ. Febr. 3.

Hutchinson jun., J., Femoral hernia; perforation of Gimbernat's ligament by a fish-bone causing inflammation of the omentum in the sac. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 69. 1893.

Jaboulay, Procédé pour pratiquer la gastrostomie et la cystostomie. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 8.

Jaboulay, La désarticulation interileo-abdominale. Lyon méd. LXXV. p. 507. Avril.

James, Alexander, On 2 cases of empyema. Edinb. med. Journ. XXXIX. 8. p. 712. Febr.

Ilott, Herbert J., Case of excision of the caecum for malignant growth; intestinal anastomosis by use of Senn's plates; recovery. Lancet I. 9. p. 538. March.

Imrédy, Béla von, Ueber d. Funktion d. Magens nach Pylorusresektion. Wien. med. Presse XXXV. 13.

Joly, Louis, Hernie congénitale de l'estomac et de la première portion du duodénum à travers le diaphragme, chez un homme de 37 ans; mort. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 14. Janv.

Jones, Robert, Hydatid of liver; operation; recovery. Lancet I. 14; April.

Kader, Pylorusresektion in Folge von Pylorus-carcinom. Deutsche med. Wchnschr. XX. 12. p. 282.

Keefe, John W., 12 consecutive and successful operations for appendicitis. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 12. 13. p. 282. 306. March.

Keller, H. M., 2 cases of traumatic intestinal perforation with recovery. Med. News LXIV. 2. p. 46. Jan.

Kelsey, Charles B., What can be done in cancer of the rectum. Savannah med. Journ. I. 1. p. 16. Jan.

Kerr, Jas., A case of rupture of the lung, unassociated with fracture of the ribs, with early subsequent recovery. Med. News LXIV. 8. p. 214. Febr.

Kiriac, Quelques considérations sur la cure radicale des hernies inguinales. Roumanie méd. I. 8. p. 234.

Köhler, A., Ueber 2 Fälle von widernatürl. After. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 5.

Körte, W., Ein operativ geheilter Fall von Gallensteinileus. Deutsche med. Wchnschr. XX. 8. — Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 7. p. 178.

Koplik, Henry, Fissure of the anus and painful erosion of the rectum in infants and children. Mathew's med. Quarterly I. 1. p. 29. Jan.

Kramer, W., Eine seltene Form von Analtuberkulose. Chir. Centr.-Bl. XXI. 6.

Lainé, Damaso, Cholecystenterostomy, with remarks on intestinal anastomosis and exhibition of a new approximation button. Therap. Gaz. 3. S. X. 2. p. 76. Febr.

Lambotte, Un cas de pleurésie purulente traitée par la méthode de *Delorme* modifiée. Presse méd. XLVI. 9.

Langenbuch, C., Chirurgie d. Leber u. d. Gallenblase. 1. Theil. [Deutsche Chir. Lief. 45c. 1. Hälfte.] Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. VIII u. 378 S. mit 19 Abbild.

Lanphear, Emory, Some points in regard to operation for cancer of the rectum. Mathew's med. Quarterly I. 1. p. 17. Jan.

Legueu, F., De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse. Semaine méd. XIV. 9.

Lejars, F., Les hématomes pleuraux et leur traitement. Gaz. des Hôp. 26.

Lennander, K. G., Om appendicit, med redogörelse för 68 fall, som opererats å kirurgiska kliniken i Upsala. Nord. med. ark. N. F. III. 6. Nr. 32. 1893.

Ljunggren, C. A., Bidrag till studiet af tarmbakteriernas förhållande vid inklämda bråck. Nord. med. ark. N. F. III. 6. Nr. 33. 1893.

Lucy, A case of cholecystotomy. Brit. med. Journ. Jan. 27. p. 188.

Lyncker, Brucheinklemmung u. Aetherbehandlung. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte X. p. 11. Jan.

M'Ardle, J. S., Operative treatment of such herniae as appear the result of congenital defect of the linea alba, or as the outcome of laparotomy. Dubl. Journ. XCVII. p. 101. Febr.

Manley, Thomas H., A bloodless operation for haemorrhoids. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 5. p. 114. Febr.

Maragliano, E., Ulcera perforata dello stomaco; piopneumotorace subfrenico sinistro. Gazz. degli Osped. XV. 31.

Marcus, L., Een geval van eene geschotene wond van de blaas en den darm bij eene vrouw. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXIV. 1. blz. 101.

Marcy, Henry O., The resection of the rectum for the removal of malignant growths. Mathew's med. Quarterly I. 1. p. 80. Jan.

Martin, S., Plaie pénétrante de l'abdomen par l'épée-baïonette du fusil Lebel, modèle 1886; guérison sans accident. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 2. p. 134. Févr.

Matignon, J. J., Considérations sur un cas de pneumotomie pour abcès du poumon. Arch. gén. p. 162. Févr.

Michal, W., Beitrag zur Casuistik d. gangränösen Hernien. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 11—16.

Milton, H., 2 cases of intestinal resection and of removal of caecum. Lancet I. 8; Febr.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Monnier, L., Résection itérative des côtes pour empyème pleural; guérison. Gaz. des Hôp. 17.

Monnier, L., Note sur un cas de déformation curieuse des côtes au cours d'une fistule pleurale traitée par la résection itérative des côtes. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 4. p. 138. Févr.

Morestin, H., Suites et complications des interventions par la voie sacrée pour le cancer du rectum. Gaz. des Hôp. 36.

Morris, Robert T., The inch-and-half incision and week-and-half confinement in appendicitis. Med. News LXIV. 14. p. 375. April.

Morton, Charles A., Large intra-abdominal abscess from a foreign body which had perforated the bowel; drainage and recovery. Brit. med. Journ. Febr. 3. p. 241.

Morton, Charles A., Puro sarcoma of breast, with marked gland infection. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 126. 1893.

Morton, Daniel, The rôle of the sphincter ani in rectal surgery. Mathew's med. Quarterly I. 1. p. 15. Jan.

Müller, Ernst, Ein Fall von Darmwandbruch. Württemb. Corr.-Bl. LXIV. 4.

Munro, Embolism of the mesenteric vessels, with symptoms of obstruction; abdominal section. Lancet I. 3. p. 147. Jan.

Murphy, John B., Operative surgery of the gall-tracts. New York med. Record XLV. 2. 3. p. 35. 68. Jan.

Neve, Arthur, Supernumerary mamma in axilla, forming cyst; excision; cure. Lancet I. 13. p. 801. March.

Newman, Imperforate anus in a girl 8 years of age; operation; recovery. Lancet I. 12. p. 741. March.

Nimier, H., Occlusion intestinale. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 2. p. 139. Févr.

Nolen, W., Een geval van milt-absces; incisie; genezing. Nederl. Weekbl. I. 10.

Oser, L., Aphoristisches über Diagnose u. Therapie d. Darmverschlusses u. d. Darmstenose. Wien med. Presse XXXV. 8.

Ostermayer, N., Bemerkung zum Artikel des Herrn Dr. *Gersuny*: „eine Methode d. Radikaloperation groser Nabelhernien" in d. Blatte 1893. Nr. 43. Chir. Centr.-Bl. XXI. 5.

Page, Herbert W., 2 cases of operation for perforated ulcer of the stomach. Lancet I. 12; March.

Paget, Obstruction of the bowels; division of band; recovery. Lancet I. 15. p. 933. April.

Park, Roswell, Dressing of empyema after *Estlander's* operation. Med. News LXIV. 9. p. 236. March.

Patch, H. H. Lloyd, Case of typhlitis, with perityphlitic inflammation and abscess; operation; recovery. Lancet I. 12; March.

Paul, F. T., A case of enterectomy for gangrenous bowel. Brit. med. Journ. Febr. 3.

Pepper, William, J. H. Musser, and John B. Deaver, A case of purulent pericarditis; paracentesis of the pericardium. Univers. med. Mag. VI. 5. 297. Febr.

Perkins, John W., 5 cases of cholecystotomy. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 4. p. 87. Jan.

Pinnock, R. D., The radical cure of large umbilical hernia. Brit. med. Journ. Febr. 10. p. 330.

Pitesci, Racoviceanu, Contributions à l'étude des hernies inguinales. Roumanie méd. II. 1. p. 27.

Pollard, Bilton, Perforation of both pleurae; immediate closure of the wounds; recovery. Lancet I. 7. p. 402. Febr.

Pollard, Bilton, Caecal intussusception in an infant aged 7 months; reduction after laparotomy; recovery. Lancet I. 8. p. 473. Febr.

Price, Joseph, The incision of abdominal section, how to close it, and its post-operative complications. Med. News LXIV. 3. p. 64. Jan.

Prior, Sophus, Hernia inguinalis incarcerata hos et 7 Uger gammelt Barn. Hosp.-Tid. 4. R. II. 11.

Quénu, Traitement des hémorrhoïdes. Gaz. de Par. 5.

Quénu, E., Les suppurations péri-recto-anales. Gaz. de Par. 13. 14.

Quénu, De l'occlusion intestinale à la suite des laparotomies. Gaz. des Hôp. 38.

Renton, J. Crawford, Notes of abdominal surgical cases. Brit. med. Journ. Jan. 20.

Richardson, T., Carcinoma of small intestine; abdominal section. Brit. med. Journ. March 10. p. 523.

Robinson, H. Betham, Rodent ulcer of the male breast. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 147. 1893.

Robitzsch, Zur operativen Behandlung d. Perityphlitis. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 16.

Rogers, W. B., Report of 22 abdominal sections in general surgery. Med. News LXIV. 4. p. 90. Jan.

Rogers, W. B., Enterectomy; end-to-end anastomosis; cholecystenterostomy with Murphey's button. New York med. Record XLV. 4. p. 103. Jan.

Rogner-Gusenthal, Victor von, Ein Fall von Gallenstein-Ileus; Heilung per laparatomiam. Wien. med. Presse. XXXV. 12.

Rolleston, H. D., Osteo-arthritis of the joint between the first and the second pieces of the sternum. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 131. 1893.

Routier, Kyste hydatique du petit bassin chez l'homme; kyste du cul-de-sac vesico-rectal. Semaine méd. XIV. 18.

Rydygier, Zur Magen-Darmchirurgie. Wien. klin. Wchnschr. VII. 10. 11. 12.

Sachs, H., Zur Casuistik der Abdominaltumoren. Med. Obosr. 19. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Salomoni, A., Contributo alla chirurgia delle ghiandole linfatiche inguino-crurali e pelviche. Policlinico I. 4. p. 141. Marzo.

Schnitzler, Julius, Ueber Darmblutungen nach Reposition incarcerirter Hernien. Internat. klin. Rundschau 14.

Schroeder, F., Ueber Gastroenterostomie. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVIII. 2 u. 3. p. 296.

Scudder, Charles L., Cases of abdominal surgery. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 1. 2. p. 1. 29. Jan.

Serenin, Ein Fall von penetrirender Bauchverletzung durch Schnitt. Chir. Ljetop. III. 5. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Shepherd, Francis J., A successful case of pyloroplasty. New York med. Record XLV. 5. p. 135. Febr.

Sleet, W. E., Case of entero-epiplocele; strangulated; burst gut; operation; recovery. Amer. Pract. and News XVII. 2. p. 44. Jan.

Smith, Alfred J., Colectomy for adhesion of caecum to old ovarian pedicle and tubercular appendix. Dubl. Journ. XCVII. p. 111. Febr.

Snow, Herbert, The treatment of breast cancer; marrow infection. Brit. med. Journ. March 10. p. 522.

Somerset, Edward, Fracture of rib from coughing. Brit. med. Journ. Febr. 24. p. 408.

Sonnenburg, E., Pathologie u. Therapie d. Perityphlitis (Appendicitis simplex u. perforativa). Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVIII. 2 u. 3. p. 155.

Sorrentino, Francesco, Altri undici casi di laparotomia per ferite penetranti. Rif. med. X. 66. 67.

Stavely, Albert L., Intestinal worms as a complication in abdominal surgery. John's Hopkins Hosp. Rep. III. 7—9. p. 371.

Steell, Graham, A case of tumour of the lung. Lancet I. 7; Febr.

Steudel, E., Ueber Schusswunden d. Thorax, complicirt mit Lähmungen im Bereich d. Plexus brachialis. Beitr. z. klin. Chir. XI. 2. p. 371.

Straus, Leon, A plea for more frequent and earlier colotomy in painful malignant disease of the rectum. Mathew's med. Quarterly I. 1. p. 26. Jan.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Sutherland, G. A., The treatment of empyema. Lancet I. 4; Jan.

Svensson, Ivar, Studier i anal-sjukdomar. Hygiea LVI. 1. S. 1.

Szuman, Leo, Erfahrungen über Radikaloperationen grosser Leistenbrüche b. kleinen Kindern. Therap. Monatsh. VIII. 3. p. 107.

Teloky, H., Zur Therapie d. Darmocclusion. Wien. med. Presse XXXV. 9.

Terrier, Un fait de cholédochotomie. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 10. p. 224. Mars 6.

Thiriar, J., Contribution à l'étude de la gastro-entérostomie. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 5.

Thomas, J. Lynn, Traumatic pancreatic effusion into the lesser peritoneal cavity; aspiration; recovery. Lancet I. 13; March.

Thompson, Henry, Imperforate anus with recto-vaginal fistula, in a patient 19 years of age. Lancet I. 7. p. 403. Febr.

Thompson, James E., Some remarks on the practical treatment of hepatic abscess. Med. News LXIV. 5. p. 117. Febr.

Treves, Frederick, A case of suppurative pylephlebitis in which laparotomy was performed. Lancet I. 11; March.

Tricomi, Ernesto, Su di una resezione di tutto il lobo sinistro del fegato eseguita in 2 tempi. Policlinico. I. 4. p. 121. Marzo. — Wien. med. Presse XXXV. 15.

Trinkler, N., Kyste hydatique solitaire de la rate, son diagnostic et traitement opératoire. Revue de Chir. XIV. 2. p. 107.

Tuja, Occlusion intestinale consécutive à une laparotomie. Lyon méd. LXXV. p. 236. Févr.

Walker, H. O., *Kraske's* operation, with report of cases and the utilization of an enlarged Murphy button for the approximation of the divided ends of the rectum. Mathew's med. Quarterly I. 1. p. 76. Jan.

Walker, John B., Hernia and its mechanical treatment. New York med. Record XLV. 4. p. 107. Jan.

Walker, Thomas James, A case of gastro-enterostomy for pyloric cancer. Lancet I. 3. p. 148. Jan.

Wallace, David, Oesophagotomy and gastrostomy for the removal of a denture with 5 artificial teeth from the oesophagus. Lancet I. 12; March.

Werner, Platzen eines Lungenlappens in seiner ganzen Breite durch Quetschung d. Brustkorbs. Memorabilien XXXVIII. 1. p. 3.

Wherry, George, On the value of coughing-taxis in the reduction of hernia. Lancet I. 4. p. 204. Jan.

Williams, C., A case of stricture of the oesophagus; gastrostomy. Lancet I. 5. p. 267. Febr.

Zancarol, Traitement chirurgical des abcès du foie des pays chauds. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 6. p. 129. Févr. 6.

Zawadzki, Joseph, u. Thomas Solman, Ein Beitrag zur Chirurgie des Magens: Pyloruscarcinom; Resektion; Heilung. Deutsche med. Wchnschr. XX. 8.

Zeidler, G., Fälle von traumat. Läsion d. Leber. Boln. gas. Botk. 47. 48. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Ziegler, Ein seltener Fall einer grossen traumat. Magenwandcyste. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 6.

S. a. III. Banti, Hebb, Nanotti. IV. 3. Patterson, Sahli; 4. Kirchgässer, Strauch, 5. Bezançon, Cayley, Fisher, Reichmann. V. 1. Poncet; 2. d. Bauer, Fischer, Massary. VI. *Operationen an d. weibl. Genitalien.* VII. *Geburtshülfl. Operationen,* Jordan, XIII. 2. Boltenstern.

d) Harnorgane und männl. Geschlechtsorgane.

Adler, Congenitale Hydronephrose, geheilt durch Nephrektomie. Deutsche med. Wchnschr. XX. 7.

Angerer, O., Der hohe Steinschnitt u. seine Bedeutung f. d. Extraktion von Fremdkörpern aus d. Blase. Ann. d. städt. Krankenh. in München p. 276.

Annandale, Thos., Note of a simple appliance in connexion with bladder surgery. Lancet I. 11. p. 669. March.

Battle, W. H., Primary sarcoma of corpus cavernosum penis. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 104. 1893.

Bauer, L., Die Rectocystotomie, ihre Vorzüge u. leichtere Ausführbarkeit über d. andern Methoden d. Steinschnitts. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 13.

Bazy, P., Technique de la taille hypogastrique. Bull. de Thér. LXIII. 12. p. 250. Mars 30.

Bron, F., Sur le traitement chirurgical des obstacles prostatiques. Lyon méd. LXXV. p. 514. Avril.

Buchanan, George, Hydronephrosis simulating an ovarian cyst; abdominal section; recovery. Glasgow med. Journ. XLI. 3. p. 161. March.

Büngner, O. v., Zu meiner Methode d. hohen Castration. Deutsche med. Wchnschr. XX. 16.

Burton, Harry, Testicular injury. Lancet I. 11. p. 669. March.

Buschke, Zur Behandl. d. Hydrocele testis. Deutsche med. Wchnschr. XX. 16.

Butz, R., Ueber Nephrektomie b. Pyonephrosis. Boln. gas. Botk. 49—51. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Chance, Arthur, The operative treatment of enlarged prostate. Dubl. Journ. XCVII. p. 359. April.

Christian, H. M., The treatment of gleet, due to presence of strictures of large calibre. Therap. Gaz. 3. S. X. 2. p. 73. Febr.

Cordier, A. H., Nephrolithiasis. New York med. Record XLV. 11. p. 332. March.

Davis, John D. S., The management of the epicystic fistula in prostatic enlargement. Med. News LXIV. 8. p. 70. Jan.

Derjuschinski, S., Bericht über d. im Moskauer Golizyn-Hospital operirten Fälle von Steinkrankheit 1884 bis 1893. Boln. gas. Botk. 44. 45. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 1.

Desanctis, Luigi, Sutura del rene per ferita d'arma da taglio; guarigione. Policlin. I. 5. p. 107.

Dugan, W. C., External urethrotomy versus internal. Amer. Pract. and News XVII. 1. p. 1. Jan.

Fedorow, J. P., Ein Fall von Nephrolithiasis, mit reichl. Entwicklung d. Fettgewebes d. Beckens d. kranken Niere (Lipoma diffusum). Chir. Ljetop. III. 5. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Fischer, J., 2 Fälle von Blasenmastdarmfisteln. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 9. 10.

Frisch, A. v., Die operative Entfernung von Blasentumoren. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 8—13.

Frisch, A. v., Zur Aetiologie u. Therapie d. Blasenkatarrhs. Wien. med. Presse XXXV. 17.

Furgiuele, N., Il catgut nella cura della vaginalite sierosa semplice. Uffiz. sanit. VII. 1. p. 5.

Gamaleia, A., 38 Steinoperationen. Russk. med. 43. 44. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Gavin, M. F., The radical cure of hydrocele. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 9. p. 210. March.

Goldenberg, Hermann, A rare form of foreign body in the male urethra. New York med. Record XLV. 12. p. 365. March.

Greiffenhagen, W., Beiträge zur Nierenchirurgie. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XI. 5.

Griffiths, Joseph, Varieties of hydrocele of the tunica vaginalis testis and some anomalous states of the processus vaginalis. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. 3. p. 291. April.

Güterbock, Paul, Die chirurg. Krankheiten d. Harn- u. männl. Geschlechtsorgane. I. 3. Steine u. Fremdkörper d. Harnblase u. d. Harnröhre. Chirurg. Krankheiten d. Harnleiter. Wien. F. Deuticke. Gr. 8. XII S. u. S. 547—838 mit 153 Holzschn. 10 Mk.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Gundrum, F., A new dressing for circumcision. Therap. Gaz. 3. S. X. 2. p. 80. Febr.

Gustinelli, Carmelo, Sulle lesioni traumatiche dell'uretra. Rif. med. X. 63.

Halberstamm, M., Ueber Massage b. einigen Erkrankungen d. Prostata. Med. Obosr. 48. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Harrison, Reginald, Ueber d. Behandl. einiger Formen von Blasensteinen. Wien. med. Presse XXXV. 14.

Hast jun., J. J. van der, Een geval van blaasruptur met spontane genezing. Nederl. Weekbl. I. 6.

Hennig, Carl, Ueber d. seltenere Form d. angeb. Phimose. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVIII. 3 u. 4. p. 348.

Hjelmman, J. W., Ett bidrag till de juxtaurethrala fistlarnes kasuistik och patologi. Finska läkaresällsk. handl. XXXII. 3. S. 217.

Hogner, Rich., On spermatorrhoea and incipient hypertrophy of the prostate, and a proposed method for its treatment. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 10. p. 239. March.

Homans, John, Remarkable effects of divulsion of the urethra. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 26. p. 641. Dec. 1893.

How, W. Storer, Cystic evacuation and irrigation. Univers. med. Mag. VI. 6. p. 370. March.

Jones, Sydney, Localised thickening in the corpus cavernosum. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 103. 1893.

Jores, Leonh., Ueber d. Hypertrophie d. sogen. mittleren Lappens d. Prostata. Virchow's Arch. CXXXV. 2. p. 224.

Israel, James, Erfahrungen über Nierenchirurgie. Arch. f. klin. Chir. XLVII. 2. p. 302.

Karvonen, J. J., ja A. Wahlberg, Präputiumin pöhötys antifebriliain nauttimisestä. [Anschwellung d. Präputium nach Anwendung von Fiebermitteln.] Duodecim X. 2 ja 3. S. 41.

Keen, W. W., A case of suprapubic cystotomy in which the bladder was distended with air instead of water, and 495 calculi removed. Atlanta. Franklin print. and publish. Co. 8. 5 pp.

Kollmann, Arthur, Ueber photograph. Aufnahmen d. Harnblase u. Harnröhre b. lebenden Menschen. Schmidt's Jahrbb. CCXLII. p. 111.

Lafarelle, Abcès périnéphrétique ouvert dans les bronches et pris pour une pleurésie purulente. Arch. clin. de Bord. III. 2. p. 89. Févr.

Lagoutte, Prostatotomie, prostatectomie et cystostomie sus-pubienne. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 12.

Lane, W. Arbuthnot, Extensive rapidly destructive papilloma of the penis. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 105. 1893.

Le Dentu, Carcinome volumineux du rein gauche; néphrectomie transpéritonéale; guérison. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 7. p. 136. Févr.

Legueu, Félix, Corps étranger de la vessie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 4. p. 137. Févr.

Loumeau, E., Contribution à l'étude de l'hypospadias balanique. Ann. de la Policlin. de Bord. III. 5. p. 143. Mars.

Lüscher, Ein Ligaturfaden als Kern eines Blasensteins. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 3. p. 83.

M'Ardle, J. S., Nephrorrhaphy and nephrectomy. Dubl. Journ. XCVII. p. 207. March.

M'Weeney, Cystitis with surgical kidneys. Dubl. Journ. XCVII. p. 167. Febr.

Martin, Edward, Prevesical inflammation. Univers. med. Mag. VI. 6. p. 363. March.

Massey, G. Betton, Electricity in the treatment of chronic prostatitis and other conditions underlying impotence in men. Univers. med. Mag. VI. 6. p. 366. March.

Massary, E. de, Tuberculose génito-urinaire. Caverne prostatique faisant communiquer la vessie et le rectum. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 26. p. 678. Nov.—Déc. 1893.

Mermet, F., Kystes dermoïdes du raphé génito-périnéal. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 53. Janv.

Meyer, Willy, Die Eröffnung d. Prostata-Abscesse vom Damme her. New Yorker med. Mon.-Schr. VI. 1. p. 1.

Morris, Henry, A case of hydronephrosis; nephrectomy; recovery. Lancet I. 4. p. 205. Jan.

Munn, William P., Phimosis and the conditions that it complicates in the adult. Med. News LXIV. 12. p. 322. March.

Neuhaus, a) Ein seltener Fremdkörper d. Harnröhre. — b) Spontane Gangrän d. Eichel. — c) Urethritis membranacea artificialis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 6. p. 267. 268.

Nicolich, Giorgio, Die Blasennaht u. d. Sectio alta. Wien. med. Presse XXXV. 13.

Nicoll, Jas. H., A method of excising the prostate. Lancet I. 15; April.

Oreillard, Traitement chirurgical de l'hydrocèle vaginale. Gaz. de Par. 3.

Paget, Strangulation of the testicle without rotation. Lancet I. 9. p. 538. March.

Pousson, A., Progrès réalisés par la lithotritie moderne antiseptique. Arch. clin. de Bord. III. 2. p. 49. Févr.

Quattro-Ciocchi, G., Gangrena totale della guaina peniena autoplastica. Rif. med. X. 71.

Raffray, A., Hydro-hématocèle. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 31. Janv.

Rasumowsky, W., Sectio alta mit versenkter Naht d. Blase ohne Anwendung d. Katheters b. d. Operation. Wratsch 46. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Rémy, Ch., Traitement d'urgence de la rétention d'urine chez les prostatiques. Bull. de Thér. LXIII. 2. p. 19. Janv. 15.

Reymond, E., Contribution à l'étude de l'étiologie des cystites survenues en dehors du cathétérisme. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 8.

Ricordi, Amilcare, Nefrectomia addominale anteriore. Gazz. degli Osped. XV. 15.

Rolleston, H. D., Carcinomatous growths in parietal layer of tunica vaginalis secondary to primary vesical growths. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 109. 1893.

Rollet, Et., De l'adhérence du péritoine à la symphyse, dans un cas de ponction vésicale suivie de cystostomie sus-pubienne. Lyon méd. LXXV. p. 73. Janv.

Rollet, Etienne, Résection totale de 6 cm d'urèthre rétréci, avec fistules et enormes callosités, suivie de restauration immédiate par suture à étages du périnée. Lyon méd. LXXV. p. 391. Mars.

Schede, Exstirpation d. Hodens wegen Tuberkulose. Deutsche med. Wchnschr. XX. 7. p. 161.

Sebileau, Pierre, Traitement chirurgical du varicocèle. Gaz. de Par. 8.

Sieur, Traitement chirurgical des ruptures traumatiques de la vessie. Arch. gén. p. 129. 270. Févr., Mars.

Siraud, Hydronéphrose double; néphrectomie du rein droit; hémorrhagie sous-corticale dans le rein gauche. Lyon méd. LXXV. p. 195. Févr.

Sonnenburg, Der retrograde Katheterismus b. impermeablen Strikturen. Deutsche med. Wchnschr. XX. 6. p. 139. — Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 9. p. 226.

Stephen, Guy N., A calculus enkysted in a child's bladder. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 101. 1893.

Sympson, E. Mansel, Case of calculus impacted in the male urethra, and removal by crushing. Lancet I. 9. p. 537. March.

Taylor, B. W., Supra-pubic cystotomy. Med. News LXIV. 5. p. 124. Febr.

Tucker, Ernest F., Subcutaneous ligature for varicocele with an ordinary needle. New York med. Record XLV. 17. p. 206. Febr.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Tuffier, De l'hydronéphrose intermittente; recherches expérimentales et cliniques. Revue de Chir. XIV. 1. p. 69.

Tuffier, De la néphrolithotomie et de l'hémostase préventive dans les opérations sur le rein. Revue de Chir. XIV. 3. p. 252. — Gaz. des Hôp. 12. 13. — Mercredi méd. 5.

Wagner, Paul, Ueber traumat. Hydronephrose. Schmidt's Jahrbb. CCXLII. p. 115.

Wassilief, Alex., Cystotomie idéale. Gaz. des Hôp. 45.

Weller von Hook, The surgery of the ureters; a clinical, literary and experimental research. [Journ. of the Amer. med. Assoc.] 4. 16 pp.

Willett, Edgar, Calculous plate removed from the dorsum of the penis. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 102. 1893.

Willett, Edgar, Congenital cystic disease of the scrotum. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 107. 1893.

S. a. I. Kukula. II. Englisch, Füth, Gilis, Grenouville, Reichel, Steinach, Timofeew, Zeissl. III. Dinkler, Holsti. IV. 5. Therig; 9. Lépine; 11. Allen, Hulke, Krisch. V. 2. c. Heaton, Heuston, Jaboulay, Marcus. VI. Campbell, Cousins, Herczel, Kelly, Mackenrodt, Mayo, Novaro, Oliver, Packard, Penrose. VII. Ritchie. VIII. Le Gendre. XIII. 2. Villetti.

e) Extremitäten.

Basile, Giuseppe, 2 casi di allungamento dell' arto inferiore dopo la resezione del gionocchio. Gazz. degli Osped. XV. 37.

Beely, F., Zur Behandl. leichter Fälle von Genu valgum. Therap. Monatsh. VIII. 4. p. 152.

Borchard, Zur Casuistik d. irreponiblen Daumen- u. Fingerluxationen. Deutsche med. Wchnschr. XX. 16.

Boulongier, O., La tarsalgie calcanéenne et les calcanéites infectieuses. Presse méd. XLVI. 5. 6. 7.

Catterina, Attilio, Tarsectomia totale anteriore. Rif. med. X. 72.

Cestan, Chondrome ossifiant du pied. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 4. p. 158. Févr.

Choux, Des troubles fonctionnelles consécutifs aux fractures anciennes de la rotule. Revue de Chir. XIV. 3. p. 177.

Clutton, H. H., Dislocation of head of humerus with fracture at the anatomical neck. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 128. 1893.

Cumston, Charles Greene, Multiple deviations of both legs in a rhachitic child; osteotomy of 5 bones performed in one séance; recovery. Med. News LXIV. 4. p. 100. Jan.

Dandridge, N. P., Report of 2 cases of amputation at the hip-joint, in which hemorrhage was controlled by transfixion-pins and elastic compression. Med. News LXIV. 3. p. 72. Jan.

Davis, G. G., Operations for the correction of inveterate pes varus. Med. News LXIV. 6. p. 141. Febr.

Deaver, John B., Hallux valgus. Med. News LXIV. 2. p. 39. Jan.

Dolorme, E., Du genou à ressort. Gaz. des Hôp. 42.

Demoulin, A., Luxation sous-coracoïdienne de l'humérus gauche, datant de 9 ans. Arch. gén. p. 353. Mars.

Després, Rétraction de l'aponévrose poplitée. Gaz. des Hôp. 43.

Dollinger, J., Ein Schienenstiefel zur ambulanten Behandl. d. Unterschenkelfrakturen. Chir. Centr.-Bl. XXI. 10.

Dyer, Edmund E., A vertical footpiece in hip-joint disease treated by extension (weight and pulley). Brit. med. Journ. March 24. p. 633.

Eiselsberg, A. von, Ueber einen Fall von Pseudarthrose d. Oberarms mit auffallend guter Funktion der Extremität. Wien. klin. Wchnschr. VII. 7.

Fairbank, William, Compound fracture of the tibia and fibula by muscular action. Brit. med. Journ. March 31. p. 681.

Farwell, George D., Subacute arthro-synovitis in an infant, cured by a plaster-of-Paris splint. New York med. Record XLV. 2. p. 59. Jan.

Fracture of both scapulae in an infant. Univers. med. Mag. VI. 7. p. 470. April.

Funts, F. F., Some indications for amputation of the leg. Med. News LXIV. 8. p. 206. Febr.

Gangolphe, Fracture de jambe intra-musculaire; restauration de la mortaise tibio-tarsienne. Lyon méd. LXXV. p. 236. Febr.

Garrè, C., Ueber traumat. Epithelcysten d. Finger. Beitr. z. klin. Chir. XI. 2. p. 524.

Gervais de Rouville et Dannet, De l'arthrotomie dans les épanchements non purulents du genou. Arch. gén. p. 419. Avril.

Gohl, J. G., Die Endresultate d. Behandlung mittels Exstirpatio tali b. d. verschied. Formen d. Klumpfusses. Amsterdam. de Bussy. Gr. 8. Vu. 45 S. mit Abbild. u. 10 Tafeln. 2 Mk. 50 Pf.

Golebiewsky, Ein neuer Normal-Untersuchungsstuhl f. d. unteren Extremitäten. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 16.

Haagmans, K. H., Peeshechting. [Vervonding aan de radiaalzide van den voorarm.] Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXIV. 1. blz. 95.

Haward, Warrington, Specimens of hammer-toes. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 130. 1893.

Heath, Christopher, Aneurysm of the common femoral; digital compression on 2 occasions, for 12 and 6½ hours respectively, with 5 days internal; cure. Brit. med. Journ. Febr. 10. p. 300.

Heusner, L., Zur Behandlung d. Oberarmbrüche. Deutsche med. Wchnschr. XX. 9.

Hewlett, Richard T., On Madura disease (mycetoma) of the foot. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 172. 1893.

Hirsch, Hieronymus, Ueber Amputationsstümpfe im Allgemeinen u. eine neue Amputationsmethode im Besonderen. Inaug.-Diss. (Kiel). Berlin 1893. Druck von Gust. Schade. 8. 43 S.

Hoffmann, E., Spontanfraktur d. Tibia, hervorgerufen durch ein myelogenes Sarkom. Deutsche med. Wchnschr. XX. 8. p. 187.

Hudson, A. T., Fracture of neck of femur in senility. New York med. Record XLV. 8. p. 234. Febr.

Hutchinson, Jonathan, On injuries to the epiphyses and their results. Brit. med. Journ. March 31.

Jaboulay, Procédé pour maintenir la coaptation des surfaces osseuses et permettre le renouvellement des pansements dans les résections du genou. Progrès méd. XXII. 6.

Jaboulay, Des résections longitudinales de l'extrémité supérieure de l'humérus et du fémur. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 8.

Johnson, Raymond, Traumatic epithelial cyst of hand. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 146. 1893.

Kiriac, I., et D. Tatusesco, La résection du genou avec évidement du canal médullaire. Roumanie méd. II. 1. p. 21.

Koch, Karl, Zur Operation d. angeb. Hüftluxation. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 15.

Krause, Knochenbrüche u. Osteotomien d. untern Extremitäten. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 8. p. 157.

Kummer, E., Ueber d. Bildung eines Forsenlappens zur Erzielung eines direkt aufstützbaren Stumpfes bei supramalleolärer Amputation d. Unterschenkels. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 3.

Lorenz, Adolf, Die operative Therapie d. Luxatio coxae congenita. Wien. med. Presse XXXV. 14.

Ledderhose, Die Dislocatio ad peripheriam bei Unterschenkel- u. Malleolenbrüchen. Chir. Centr.-Bl. XXI. 13.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Levor, Max, Ueber Caries sicca d. Schultergelenks. Inaug.-Diss. Strassburg 1893. Druck von C. Goeller. 8. 31 S.

Liermann, W., Zur ambulanten Behandlung der Oberschenkelfrakturen. Chir. Centr.-Bl. XXI. 8.

Lilienthal, Howard, What is the site of infections causing epitrochlear glandular enlargement? New York med. Record XLV. 4. p. 101. Jan.

Macartney, D., Case of amputation at the hip-joint for necrosis of femour; recovery. Glasgow med. Journ. XLI. 2. p. 115. Febr.

Mc Burney, Charles, and Charles N. Dowd, Dislocation of the humerus complicated by fracture at or near the surgical neck, with a new method of reduction. Ann. of Surg. April.

Mauclaire, Pl., a) Fracture du femur à sa partie moyenne; exostose du cal tout contre l'artère et la veine fémorales. — b) Ankylose osseuse totale et ancienne du coude droit. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 2. p. 73. 74. Janv.

Meacher, William, A splint for the treatment of ordinary fracture of the leg or ankle. New York med. Record XLV. 5. p. 139. Febr.

Ménard, Tuberculose du calcanéum; évidement; récidive; ablation sous-périostée du calcanéum; guérison. Revue de Chir. XIV. 1. p. 74.

Methner, Fälle von Compressionsbrüchen des Fersenbeins. Deutsche med. Wchnschr. XX. 12. p. 280.

Micheli, Ettore, Intorno all'apparecchio del *Bruns* per la deambulazione, nelle fratture ed operazioni sull'arto inferiore. Rif. med. X. 46. 47.

Morestin, H., Arrachement de la dernière phalange de l'annulaire et du tendon correspondant du long fléchisseur commun profond. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 27. p. 723. Déc. 1893.

Morestin, H., Luxation du gros orteil, sans déplacement des sésamoïdes. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 4. p. 154. Févr.

Nichols, F. P., Compound communited gunshot wound of the upper thigh, with complications. Brit. med. Journ. Febr. 17. p. 352.

Nicoladoni, C., Zur Lehre vom Pes calcaneus. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 9.

Nimier, H., Sur un cas de luxation récidivante (métacarpo-phalangienne) du pouce. Arch. gén. p. 225. Févr.

Odisio, Lorenzo, Del metodo *Obalinski-Studsgaard* nelle affezioni tubercolari de piede e della mano. Policlin. I. 5. p. 190. Aprile.

Ollier, Désarticulation sous-periostée de la hanche. Lyon méd. LXXV. p. 298. Mars.

Paci, Agostino, ed Annibale Nota, Presentazione ed illustrazione di un pezzo anatomo-patologico a conferma della efficacia del metodo *Paci* nella cura della lussazione iliaca commune congenita del femore. Policlin. I. 5. p. 157. Aprile.

Packard, John H., Gangrene of the foot. Med. News LXIV. 2. p. 44. Jan.

Park, Roswell, a) Talipes planus. — b) Suspected fracture of humerus; fibrolipoma. Med. News LXIV. 9. p. 234. 235. March.

Phelps, A. M., What shall we do for hip-joint disease? Univers. med. Mag. VI. 6. p. 358. March.

Pierson, Samuel, Fracture of the head of the fibula by muscular action. New York med. Record XLV. 12. p. 367. March.

Powers, Charles A., Further observations on the physiological occurrence of conical stump after amputation in children. New York med. Record XLV. 14. p. 423. April.

Reverdin, J. L., et F. Buscarlet, Ostéosarcome central de l'extrémité inférieure du fémur; désarticulation de la hanche. Revue méd. de la Suisse rom. XIV. 4. p. 248. Avril.

Ricard, Traitement des luxations récidivantes de l'épaule par la suture de la capsule articulaire ou arthrorrhaphie. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 14. p. 330. Avril 13.

Roberts, Hugh C., Accidental cure of housemaid's knee. Brit. med. Journ. Jan. 27. p. 187.

Rochet, Luxation du pied droit en arrière. Mercredi méd. 11.

Russell, Louise, Unique path of a revolver bullet [in the arm]. New York med. Record XLV. 9. p. 269. March.

Sacharow, A. N., Plast. Operationen an d. Handwurzel. Chir. Ljetop. III. 5. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Sachs, W., Beitrag zur Behandl. d. Olecranonfrakturen. Beitr. z. klin. Chir. XI. 2. p. 385.

Scalzi, Filippo, Illustrazione d'un caso di lussazione iliaca del *Monteggia*. Policlin. I. 5. p. 96.

Schmitt, Adolf, Bei d. Geburt entstandene Luxation d. Oberarmkopfs nach hinten. Luxatio retroglenoidalis (subacromialis). Münchn. med. Wchnschr. XLI. 11.

Shattock, Samuel C., Soft fibroma from the synovial bursa of the little finger. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 134. 1893.

Wharton, Henry R., A successful simultaneous triple amputation. Med. News LXIV. 13. p. 350. April.

Wheeler, W. J., Treatment of fractures of the patella with separation. Dubl. Journ. XCVII. p. 197. March.

Whitestone, Chas. W. H., Case of gunshot wound [of the forearm]. Brit. med. Journ. March 3. p. 464.

Wide, Anders, Sjukdomsfall, förorsakade af sparkstöttningsåkning. Hygiea LVI. 2. S. 141.

Wyeth, John A., A fourth case of amputation at the hip-joint by the author's bloodless method. New York med. Record XLV. 2. p. 33. Jan.

Wyeth, John A., Bloodless amputation at hip-joint. New York med. Record XLV. 6. p. 187. Febr.

S. a. II. Bayliss, Bolk, Picou. III. Lorenz, IV. 4. Bezançon, Laveran, Strauch, Vaquez; 8. Audry, Deck, Féré, Hansemann, Monro, Moyer; 10. Neebe; 11. Hulke. V. 1. Miller, Rolfe, Scheimpflug.

VI. Gynäkologie.

Abel, Zur Technik d. Laparotomie. Arch. f. Gynäkol. XLV. 3. p. 557.

Abel, Zur Technik d. vaginalen Uterusexstirpation. Arch. f. Gynäkol. XLVI. 1. p. 166.

Achorn, J. Warren, The effect of climate and environment on the New England girl. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 3. p. 58. Jan.

Arendt, Ueber operative Behandlung chron. entzündl. Gebärmutteranhänge. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 10. 11.

Blake, John G., Review of a summer's work in gynaecology at the Boston City Hospital. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 4. p. 89. Jan.

Bloch, Oscar, Bemärkninger i Anledning af 40 Ovariotomier. Hosp.-Tid. 4. R. II. 2. 3. 4. 5.

Bokelmann, W., Zur Unfruchtbarkeit d. Weibes. [Berl. Klin. 69.] Berlin. Fischer's med. Buchh. Gr. 8. 21 S. 60 Pf.

Bond, C. J., Some remarks on certain pathological conditions of the ovaries associated with menorrhagia. Lancet I. 14; April.

Braithwaite, James, A point in the technique of vaginal hysterectomy. Lancet I. 15; April.

Brohl, Eine Hernia uteri b. Pseudohermaphroditismus femininus. Deutsche med. Wchnschr. XX. 15.

Buys e Vandervelde, Ricerche sperimentali sopra le modificazioni dell'utero consecutive alla doppia ovariotomia. Policlin. I. 5. p. 99.

Calderini, G., 2 casi di utero bicorne con ematometra unilaterale. Policlin. I. 5. p. 92.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Calderini, G., Beitrag zur Diagnose u. Therapie d. Uteruskrebses. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 15.

Campbell, John, The removal of tumours of the female bladder. Brit. med. Journ. Jan. 20. p. 127.

Ceci, A., Isteromiomectomia totale vaginale a pezzi. Gazz. degli Ospit. XV. 9.

Cholmogorow, S., Ueber die totale vaginale Uterusexstirpation. Med. Obosr. 20. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Cousins, John Ward, New method of dilating the female urethra. Brit. med. Journ. April 7. p. 52.

Cragin, Edwin B., What are the indications for a vaginal examination. New York med. Record XLV. 9. p. 266. March.

Cripps, Harrison, The treatment of ovarian and extra-uterine cysts communicating with the rectum. Brit. med. Journ. Febr. 10.

Cullingworth, C. J., Sarcoma of the uterus, showing extreme cystic degeneration. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 119. 1893.

Cushing, E. W., A case of uterine tumor. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 2. p. 37. Jan.

Cushing, E. W., The operative treatment of uterine fibroids. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 13. p. 301. March.

Dalziel, Large cystic myoma of the uterus, removed by operation. Glasgow med. Journ. XLI. 3. p. 229. March.

Delagenière, H., De l'hystérectomie abdominale totale dans certaines lésions suppurées des annexes. Ann. de Gynécol. XLI. p. 185. Mars.

De-Minicis, Ettore, Un caso di atresia imenale con ematocolpo ed ematosalpinge. Gazz. degli Osped. XV. 33.

Dohrn, Ein Fall von geheilter Uterusruptur. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 11.

Doran, Alban, Large cystic myoma of uterus, of over 12 year's duration removed by enucleation; recovery. Med.-chir. Transact. LXXVI. p. 325.

Durante, F., Esiti lontani della isterectomia vaginale per cancro. Policlin. I. 4. p. 144. Marzo.

Eastes, George, Retained pessary causing strangulation of the uterus. Brit. med. Journ. Febr. 17. p. 351.

Edebohls, George M., *Freund's* new operation for prolapsus uteri et vaginae. New York med. Record XLV. 6. p. 188. Febr.

Edes, Robert T., Ovariotomy for nervous disease. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 5. p. 105. Febr.

Edge, Fred., A case of *Kocher's* radical modification of the *Alexander-Alquié* operation. Lancet I. 3. p. 146. Jan.

Ehrendorfer, Emil, Fortschritt u. Ziele in d. Geburtshülfe u. Gynäkologie. Wien. klin. Wchnschr. VII. 9. 10.

Eisenhart, H., Ueber Hydrocele feminae. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 9.

Engström, Buksnittoperationer. Finska läkaresällsk. handl. XXXVI. 2. S. 135.

Engström, Otto, Till menstruationens statistik. Finska läkaresällsk. handl. XXXVI. 3. S. 222.

Feis, O., Ein Fall von Fibromyoma ovarii. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 6.

Ferguson, Alexander Hugh, Vesico- and recto-vaginal fistulae. Brit. med. Journ. Febr. 24.

Ferrari, P., Della isterectomia totale nei fibromiomi dell'utero. Policlin. I. 3. p. 61.

Fischel, Wilhelm, Ein Fall von Uterus rudimentarius bicornis; Molimina menstrualia; Castration. Prag. med. Wchnschr. XIX. 12.

Flatau, S., Zur extramedianen Schnittführung b. Laparotomien. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 12.

Foerster, F., Mittheilungen aus d. gynäkol. Abtheilung d. deutschen Hospitals. New Yorker med. Mon.-Schr. VI. 1. p. 14.

Fowler, Charles C., The relation of pelvic disease and psychical disturbances in women. Univers. med. Mag. VI. 7. p. 460. April.

Fowler, George Ryerson, A case of fibrocystic myoma removed at the third celiotomy. Med. News LXIV. 4. p. 98. Jan.

Fraenkel, E., Mannskopfgrosses diffuses Uterusmyom. Deutsche med. Wchnschr. XX. 12. p. 280.

Frank, Max, Zur Beurtheilung des Werthes der Castration b. Myomen d. Uterus. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 7.

Gerich, Ottocar, Die Beckenneigung b. d. Estin u. ihre Bezieh. zu d. Retroversio-flexio uteri. Inaug.-Diss. Dorpat (Jurjew). Karow. Gr. 8. 56 S. mit 1 Tafel. 1 Mk. 20 Pf.

Gouget, A., Utérus bicorne unicervical. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 24. Janv.

Green, E. M., Hysterectomy for procidentia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 3. p. 181. March.

Guinard, Aimé, Traitement des prolapsus utérins. Bull. de Thér. LXIII. 10. p. 204. Mars 15.

Harris, Robert P., A double ovariectomy performed 5 years ago, upon a lady who is still living and in excellent health. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 3. p. 251. March.

Hartmann, Henri, et W. du Bouchet, L'hystérectomie vaginale dans le traitement de la chûte de l'utérus. Ann. de Gynécol. VII. 1. p. 45. Janv.

Hemingway, S., The uterometer. New York med. Record XLV. 11. p. 349. March.

Herczel, E., Ueber d. operative Behandl. grosser Defekte d. Blasenscheidenwand. Wien. klin. Wchnschr. VII. 15.

Herzfeld, A. A., A new vaginal speculum with constant irrigation. New York med. Record XLV. 10. p. 319. March.

Herzfeld, Karl Aug., Vorläuf. kurzer Bericht über 1000 von Prof. *Schauta* ausgeführte Koeliotomien (Bauchhöhlenoperationen). Wien. med. Wchnschr. XLIV. 11. 12.

Heydenreich, Albert, De l'hématocolpos et de son traitement. Semaine méd. XIV. 11.

Hirst, Barton Cooke, A peculiar case of acquired atresia of the external os uteri. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 25. p. 616. Dec. 1893.

Hirst, Barton Cooke, Obliquely contracted pelvis. Med. News LXIV. 13. p. 347. March.

Hirst, Barton Cooke, Primary repair of lacerated perineum. Med. News LXIV. 13. p. 349. March.

Hofmokl, Klin. Mittheilungen aus d. gynäkolog. Abtheilung d. k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 13. 14. 15.

Keilmann, Alex., Bemerkungen über *Gottschalk's* Aeusserungen zur Cervixfrage. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 11.

Kelly, Howard A., a) An external direct method of measuring the conjugata vera. — b) Prolapsus uteri without vesical diverticulum and with anterior enterocele. — c) Lipoma of the labium majus. — d) Deviations of the rectum and sigmoid flexure associated with constipation, a source of error in genecological diagnosis. — e) Operations for the suspension of the retroflexed uterus. — f) The employment of an artificial retroposition of the uterus in covering extensive denuded areas about the pelvic floor. — g) Some sources of hemorrhage in abdominal pelvic operations. — h) Abdominal operations. — i) Traumatic atresia of the vagina. Johns Hopkins Hosp. Rep. III. 7—9. p. 303. 311. 321. 327. 343. 411. 419. 429.

Kelly, The direct examination of the female bladder and catheterization of the ureters. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. V. 37. p. 16. Jan.—Febr.

Kelly, Howard A., and Mary Sherwood, 100 cases of ovariotomy performed on women over 70 years of age. Johns Hopkins Hosp. Rep. III. 7—9. p. 509.

Kingman, Rufus A., 2 cases of acquired com-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

plete atresia of the vagina. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 25. p. 615. Dec. 1893.

Kisch, E. H., Zur Lehre von d. Tubensäcken. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 7.

Knauss, K., 2 seltenere gynäkol. Fälle: Uterus septus; vagina septa. — Haarnadel in d. weibl. Blase. Württemb. Corr.-Bl. LXIV. 5.

Landau, Max, Ueber abdominale u. vaginale Operationsverfahren. Arch. f. Gynäkol. XLVI. 1. p. 101.

Legnani, Torquato, a) Dismenorrea da fibromioma uterino curata colla dilatazione del canale cervicale. — b) Cura dell'amenorrea. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 4. p. 557. 559.

Lipinsky, S., Ein Fall von Episiokleisis cum fistula recto-vaginali artificiali. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 9.

Maag, H., To Tilfälde af Gangraena uteri. Hosp.-Tid. 4. R. II. 16.

Mackenrodt, A., Die operative Heilung grosser Blasenscheidenfisteln. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 8.

Maher, J. J. E., A new disease of the vagina: perivaginitis simplex. New York med. Record XLV. 13. p. 391. March.

Mallett, G. H., A case of round-celled sarcoma of the ovary. New York med. Record XLV. 8. p. 237. Febr.

Mandry, Ueber d. diagnost. Werth d. Urobilinurie f. d. Gynäkologie. Arch. f. Gynäkol. XXV. 3. p. 446.

Manega, U., Dell'ernia inguinale dell'ovaio. Rif. med. X. 42. 43.

Marmasse, Epithélioma vésical et utérin; compression des urétères et hydronéphrose double; épanchement intra-capsulaire et périrénal d'origine traumatique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 45. Janv.

Martin, A., Stielbehandlung nach Myomotomie. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 14. — Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 16. p. 369.

Mayo, W. J., Uretero-vaginal fistula the result of vaginal hysterectomy; successful reimplantation of ureter into the bladder. New York med. Record XLV. 6. p. 168. Febr.

Meyer, Albert, Zur Tuberkulose d. Cervix uteri. Arch. f. Gynäkol. XXV. 3. p. 564.

Meyer, E. von, Die operative Behandl. d. Uterusmyome in d. JJ. 1878—1892. (Heidelb. chir. Klin.) Beitr. z. klin. Chir. XI. 2. p. 281.

Monod, E., Nouveaux faits à l'actif des opérations partielles dans le traitement du cancer du col. Ann. de la Policlin. de Bord. III. 5. p. 150. Mars.

Morestin, H., Corps étranger de l'utérus. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 27. p. 723. Déc. 1893.

Morestin, H., Hystérectomie vaginale pour prolapsus. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 4. p. 156. Févr.

Morisani, Le 11me congrès international des sciences médicales, tenu à Rome du 29 mars au 5 avril. [Obstétrique et gynécologie.] Ann. de Gynécol. XLI. p. 281. Avril.

Morton, Charles A., Tuberculosis of the Fallopian tubes, uterus and vagina. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 117. 1893.

Morton and Butler, 2 cases of hernia of the Fallopian tube. Lancet I. 7. p. 408. Febr.

Müller, P., Ueber operative Fixirung des retrovertirten Uterus. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 8. p. 253.

Noble, Charles P., Report of a case of imperforate hymen with the retention of monstrual blood. New York med. Record XLV. 10. p. 301. March.

Novaro, G. F., Transperitonäale Implantation des Ureters in d. Harnblase zur Behandl. d. Harnleiterscheidenfistel. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 13.

Novaro, F., Contributo alla cura dei fibromiomi uterini coll'isterectomia totale per la via addominale. Policlin. I. 1 e 2. p. 7. 1893.

Oliver, James, An anomalous case of stone in the bladder in a female. Brit. med. Journ. April 14.

Orloff, W. N., Kurzer Bericht über 200 Laparotomien. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 5.

Packard, John H., Vesical calculus in the female. Med. News LXIV. 2. p. 45. Jan.

Panecki, Zur Behandl. d. Amenorrhöe. Therap. Monatsh. VIII. 3. p. 110.

Péan, Entfernung gewisser grosser interstitieller Fibromyome d. Uteruskörpers per perineum, vaginam et rectum. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 16. p. 372.

Penrose, Charles B., A case of primary carcinoma of the body of a divided uterus. Med. News LXIV. 9. p. 238. March.

Penrose, Charles B., Hysterectomy for other conditions than fibroid and malignant tumors. Med. News LXIV. 11. p. 289. March.

Penrose, Charles B., A case of abdominal hysterectomy in which the ureter was resected and implanted into the bladder. Univers. med. Mag. VI. 7. p. 454. April.

Penrose, C. B., 2 cases of calcification of the uterus. Univers. med. Mag. VI. 7. p. 465. April.

Petit, Paul, et Stéphane Bonnet, La colporrhaphie. Gaz. de Par. 4. 5. 6.

Pilliet, A. H., Evolution sarcomateuse d'un fibrome utérin. Une hypothèse sur l'origine des fibromes. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 4. Janv.

Pisani, Ugo, Contributo allo studio della perineoplastica. Policlin. I. 4. p. 132. Marzo.

Pozzi, S., De l'hystérectomie comme traitement du prolapsus génital complet. Ann. de Gynécol. XLI. p. 197. Mars.

Profanter, Paul, Ueber Tussis uterina u. Neurosen b. gynäkolog. Erkrankungen überhaupt. Wien. Jos. Safář. Gr. 8. 56 S.

Pye-Smith, P. H., Papillomatous tumour of both ovaries. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 111. 1893.

Quénu, Du traitement du prolapsus utérin total par l'hystérectomie vaginale chez les femmes ayant dépassé la ménopause ou près de l'atteindre. Ann. de Gynécol. VII. 1. p. 28. Janv.

Quénu, L'hystérectomie vaginale dans la chûte de l'utérus. Ann. de Gynécol. XLI. p. 93. Févr.

Raffray, A., Fibro-myome kystique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 12. Jan.

Reclus, Paul, De l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus utérin. Mercredi méd. 3.

Reclus, P., Statistique des opérations pratiquées en 1894 dans la salle de gynécologie. Mercredi méd. 6.

Rognoli, Alessandro, Colpo-perineoplastica. Policlin. I. 5. p. 196. Aprile.

Rendu, Kyste du vagin. Lyon méd. LXXV. p. 196. Févr.

Rendu, J., Tumeur végétante de l'ovaire développée après 15 ans d'aménorrhé, à la suite d'un traitement électrothérapique. Lyon méd. LXXV. p. 475. Avril.

Reverdin, J. L., et F. Buscarlet, Kyste dermoïde de l'ovaire renfermant des poils, des dents implantées sur de l'os, et 2 appendices digitiformes, dont l'un port un petit ongle. Revue méd. de la Suisse rom. XIV. 3. p. 177. Mars.

Reyburn, Robert, Vaginal hysterectomy for carcinoma of the uterus performed by enucleation without hemorrhage. Med. News LXIV. 6. p. 146. Febr.

Reymond, E., Fibrome kystique de l'utérus contenant du pus dans l'intérieur des poches. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 3. p. 81. Janv.—Févr.

Richardson, Maurice H., 3 cases of salpingitis of unusual extent. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 7. p. 159. Febr.

Richardson, T., Large ovarian tumour; abdominal section. Brit. med. Journ. March 10. p. 523.

Robb, Hunter, The importance of employing anaesthesia in the diagnosis of intra-pelvic gynecol. conditions. Johns Hopkins Hosp. Rep. III. 7—9. p. 439.

Robson, A. W. Mayo, Abdominal hysterectomy

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

with treatment of the pedicle by the intraperitoneal method. Brit. med. Journ. Jan. 20.

Rosenheimer, M., Dermoid cyst of the ovary simulating appendicitis. Med. News LXIV. 12. p. 324. March.

Rueder, Beitrag zur Behandlung d. Endometritis mittels Chlorzinkstift. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 9.

Russell, W. W., Urinanalysis in gynecology. Johns Hopkins Hosp. Rep. III. 7—9. p. 433.

Rydygier, L., Zur Unterbindung d. Vasa uterina b. Myom. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 13.

Sänger, M., Zur Aetiologie u. operativen Behandlung d. Vulvitis pruriginosa. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 7.

Saulmann, Bericht über d. internat. Congress zu Rom [Gynäkologie u. Geburtshülfe]. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 16.

Schauta, Ueber d. Indikationen, d. Technik u. d. Erfolge d. Adnexoperationen. Deutsche med. Wchnschr. XX. 5.

Schrader, Th., Untersuchungen über den Stoffwechsel während d. Menstruation. Beitr. z. Lehre vom Stoffw. II. p. 132.

Schröder, Otto, Kurzer Jahresbericht über die gynäkol. Universitätspoliklinik d. Herrn Hofr. Dr. *Amann*. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 5.

Schultze, B. S., Zur Aetiologie u. Behandlung d. Pruritus vulvae. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 12.

Stavely, Albert L., Gynecological operations not involving coeliotomy. Johns Hopkins Hosp. Rep. III. 7—9. p. 377.

v. Steinbüchel, Tabellen zum Artikel von *R. Chrobak* über d. Erfolge d. Adnexoperationen. Wien. klin. Wchnschr. VII. 1. 2. 3.

von Swieçicki, Zur Genese u. Aetiologie d. Parametritis. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 7.

Taylor, R. W., On some unusual new growths of the vulva. Amer. Journ. med. Sc. CVII. p. 52. Jan.

Thelen, O., Ein Beitrag zur vaginalen Uterusexstirpation. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 4.

Thiem, C., 2 gynäkolog. Erkrankungsfälle, der eine mit Recht, d. andere mit Unrecht einem Unfall zur Last gelegt. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. I. 1. p. 21.

Thomas, T. Gaillard, The etiology of the diseases peculiar to women. New York med. Record XLV. 3. p. 65. Jan.

Thompson, Henry, Complete atresia vaginae (acquired). Lancet I. 14. p. 861. April.

Thomson, G. J., Ueber Behandlung d. Retroversio-Retroflexio uteri. [Jushn. Rusok. med. gas. 3. 4. 1894.] Odessa. 8. 22 S.

Tillaux, De la métrite chronique du col. Progrès méd. XXII. 5.

Tissier, Henri, Infiltration embryonnaire de l'utérus, des ovaires et des tuniques de l'intestin. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 40. Janv.

Turner, F. C., Medullary sarcoma of both ovaries and of the peritoneum in a child aged 6. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 110. 1893.

Treymann, M., Ueber submuköse Myome. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XI. 2.

Turton, James, Retained pessary. Brit. med. Journ. March 3. p. 463.

Verchère, F., Blennorrhagie uréthrale chronique chez la femme. Ann. de Gynécol. XLI. p. 140. 248. Févr., Mars.

Wells, Walter S., Elongated cervix uteri; ovariitis; osmotic treatment. New York med. Record XLV. 2. p. 45. Jan.

Westermark, F., Om den sakrala metoden för exstirpation af en karcinomatös uterus. Hygiea LVI. 1. S. 48.

Westermark, F., Om vaginofixation af den retroflekterade uterus. Hygiea LVI. 2. S. 159.

Zweifel, P., Eine neue Vereinfachung d. Stumpfbehandlung b. d. Myomektomie. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 14.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Gawrowsky, Gottschalk, Hartmann, Hertz, Ratschinsky. IV. 5. Saundby; 8. Coradeschi. V. 1. Jaboulay; 2. c. *Krankheiten d. Mamma*, Föderl, Smith; 2. d. Buchanan. VII. Condamin, Salin. IX. Friedmann, Schaefer. X. Stuelp. XIII. 2. Kalt, Murrell, Pelzer.

VII. Geburtshülfe.

Allyn, Herman, B., The reciprocal relations of mitral stenosis and pregnancy. Univers. med. Mag. VI. 7. p. 435. April.

Atkinson, T. Reuel, Should 2 ligatures be placed on the cord? Brit. med. Journ. Jan. 27. p. 187.

Barton, E. A., The nature and treatment of asphyxia neonatorum. Lancet I. 9. p. 570. March.

Bensinger, Max, Schamboinschnitt ohne Knochennaht. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 7.

Bodilly, R. T. H., Puerperal erythema simulating scarlet fever. Brit. med. Journ. March 17. p. 574.

Budin, P., Des applications de forceps au détroit supérieur dans les bassins viciés par rachitisme. Progrès méd. XXII. 13.

Chandler, N., Report of 2 pregnancies following a laparotomy. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 4. p. 93. Jan.

Chazan, S., Zur Lehre von d. Hydrorrhoea gravidarum. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 5.

Cocq, V., De la symphyséotomie dans les angusties pelviennes. Ann. de méd. de Brux. II. 4. p. 315.

Condamin, R., Kystes de l'ovaire et grossesse. Quand faut-il intervenir. Lyon méd. LXXV. p. 111. Janv.

Coulhon, P., Bassins viciés; essai de classification; déceptions et surprises de l'obstétrique. Gaz. des Hôp. 16.

Croston, John, and Maurice D. Clarke, A case of caesarean section for twin monstrosity; recovery. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 25. p. 610. Dec. 1893.

Crowell, Samuel, A case of acute infection simulating acute yellow atrophy of the liver in a pregnant woman. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 7. p. 166. Febr.

Davis, Edward P., Toxaemia of pregnancy, its diagnosis and treatment. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 2. p. 147. Febr.

Delmis, Du moyen de soutenir l'abdomen chez les femmes enceintes ou porteuses de tumeurs volumineuses. Gaz. des Hôp. 17.

Drage, Lovell, On puerperal fevers. Lancet 8. 9; Febr., March.

Du Mesnil, O., L'asile Michelet pour les femmes enceintes. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 2. p. 166. Févr.

Echacker, H. F., A rare case of spontaneous delivery after chloroform narcosis. New York med. Record XLV. 12. p. 367. March.

Elliot, J. W., Cases ot extra-uterine pregnancy. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 11. p. 260. March.

Feis, O., Ueber d. Wirkung des im mütterl. Blute angehäuften Harnstoffs auf Uterus u. Fötus. Arch. f. Gynäkol. XLVI. 1. p. 147.

Flatau, S., Ein Fall von Symphyseotomie. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 14.

Friedeberg, W., Ueber Albuminurie im Anschluss an d. Geburtsakt. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 4.

Goldberg, Oscar, Die Antiseptik in d. Geburtshülfe. Therap. Monatsh. VIII. 3. p. 114.

Graham, John, The vectis in vertex-posterior position of the fetus. Med. News LXIV. 14. p. 382. April.

Harrington, Francis B., Right-sided, followed at an internal of 2 years, by left-sided Fallopian pregnancy,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

with repeated operation. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 1. p. 6. Jan.

Harris, Philander A., A successful case of caesarean section. New York med. Record XLV. 5. p. 137. Febr.

Haultain, F. W. N., On dilatation of the cervix by *Champetier de Ribe's* bag. Edinb. med. Journ. XXXIX. 9. p. 795. March.

Haven, George, A case of puerperal septicaemia. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 6. p. 140. Febr.

Heagey, H. F. C., Hydatidiform mole. Med. News LXIV. 14. p. 381. April.

Hindle, F. T., Rupture of the uterus during labour; hysterectomy. Brit. med. Journ. Febr. 10. p. 299.

Hirst, Barton Cooke, 2 caesarean sections and 3 symphyseotomies. Univers. med. Mag. VI. 5. p. 293. Febr.

Hirst, Barton Cooke, Coincident intra-uterine and extra-uterine pregnancy. Med. News LXIV. 13. p. 347. March.

Hofmeier, Zur Diagnose u. Therapie d. Extrauterinschwangerschaft. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 1. p. 3.

Hyernaux, Plusieurs cas d'accouchement précipité. Presse méd. XLVI. 5. — Gaz. des Hôp. 19.

Jalland, Caesarean section; myxo-fibroma of the cauda equina and other nerves. Lancet I. 13. p. 802. March.

Jardine, Robert, Report of a last year's work at the West-End branch of the Maternity Hospital. Glasgow med. Journ. XLI. 3. p. 175. March.

Johnson, F. W., Pregnancy in the left horn of the uterus, simulating extra-uterine pregnancy; laparotomy. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 26. p. 643. Dec. 1893.

Johnson, F. W., 6 cases of extra-uterine pregnancy. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 11. p. 256. March.

Jones, W. D., Puerperal fever complicated with embolic pneumonia and phlegmasia dolens; recovery. Med. News LXIV. 13. p. 351. March.

Jordan, J. Furneaux, A successful case of *Porro's* operation for cancer of the rectum. Brit. med. Journ. Febr. 10. p. 299.

Kehrer, F. A. A., Ueber Traubenmolen. Arch. f. Gynäkol. XXV. 3. p. 478.

Keiffer, Avortement à cinq mois; placenta praevia. Pressse méd. XLVI. 11.

Keiser, Elmer E., A case of torsion of the neck in vertex presentation. Univers. med. Mag. VI. 7. p. 467. April.

Kiär, Aage E., En Modifikation af Akseträktangen. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 6.

Kirchhoff, Ein Thorakopagus im tubaren Fruchtsack. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 10.

Le Roy des Barres, Ovariotomie pratiquée dans le cours d'une septicémie puerpérale à forme prolongée et suivie de guérison. Bull. de l'Acad. 2. S. XXXI. 8. p. 147. Févr. 20.

Lessing, Ferdinand, An interesting case in obstetrics [Dropsy of the amnion; eclampsia]. Univers. med. Mag. VI. 7. p. 469. April.

Lewers, Arthur H. N., A case of tubal gestation. Lancet I. 10; March.

Liebe, Georg, Mutter u. Kind. Rathschläge bei Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett u. erste Kindespflege. Zittau i. S. Pahl'sche Buchh. (A. Haase.) 8. 31 S.

Lipinsky, S., Ein Fall von Erythema im Wochenbette. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 6.

Löhlein, H., Ueber Schwangerschaften im ventrofixirten Uterus. Deutsche med. Wchnschr. XX. 11.

Lomer, Ueber künstl. Abortus b. Allgemeinerkrankung d. Mutter. Neuwied. Heuser's Verlag. Gr. 8. 40 S. 1 Mk.

Maberly, Henry E., Abortion due to an incarcerated anteflexed uterus. Brit. med. Journ. Febr. 24. p. 408.

Maffuci, Angelo, Sulla patologia embrionale infettiva. Policlin. I. 3. p. 33.

Marjantschik, N., Ueber d. Dammruptur u. über d. Methode d. Verhütung ders. Wratsch 43. 44. 1893. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Marx, S., Accouchement forcé. New York med. Record XLV. 7. p. 202. Febr.

Morison, Alexander, The nature and treatment of asphyxia neonatorum. Lancet I. 8; Febr.

Mueller, Arthur, Zur Technik d. Einleitung d. künstl. Frühgeburt. Münchn. med. Wchnschr. XLII. 4.

Müllerheim, Die Symphyseotomie. [r. *Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 91; Gynäkol. 34.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 53 S. 75 Pf.

Muret, Maurice, Des positions transversales du sommet au detroit inférieur du bassin. Revue méd. de la Suisse rom. XIV. 2. p. 105. Févr.

Nové-Josserand, Déciduome malin. Lyon méd. LXXV. p. 274. Févr.

Orrillard, Abel, De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine, lorsque l'enfant est viable. Gaz. des Hôp. 41.

Oui, De la rupture prématurée et de la rupture précoce spontanées des membranes. Revue d'Obstétr. VII. p. 65. Mars.

Paviot, Un cas de déciduome malin. Lyon méd. LXXV. p. 300. Mars.

Penrose, C. B., Gravid Fallopian tube, removed by celiotomy before rupture. Univers. med. Mag. VI. 5. p. 324. Febr.

Pfannenstiel, J., Ueber die Gefährlichkeit der intra-uterinen Glycerineinspritzung behufs Einleitung d. künstl. Frühgeburt. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 4. 16.

Phénoménoff, N. de, et A. de Kotchetkoff, Projet de symphyséotomie modifiée. Ann. de Gynécol. XLI. p. 124. Févr.

Pilliet, A. H., Etude sur l'avortement tubaire. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VIII. 1. p. 18. Janv. — Progrès méd. XXII. 14.

Pinard, A., De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1893. Ann. de Gynécol. XLI. p. 1. Janv.

Porak, Du passage de substances étrangères à l'organisme à travers le placenta. Arch. de Méd. expérim. VI. 2. p. 192. Mars.

Price, Joseph, Obstetrical asepsis. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 2. p. 82. Jan.

Prochownick, L., Zur Behandlung d. Asphyxia neonatorum. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 10.

Reed, Boardman, A fatal case of hyperemesis gravidarum. Med. News LXIV. 2. p. 47. Jan.

Reynolds, Edward, A case of concealed accidental hemorrhage during the first stage of labor, with recovery of mother under conservative treatment. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 12. p. 284. March.

Riggs, H. C., Induced labor as related to puerperal eclampsia. Med. News LXIV. 10. p. 258. March.

Ritchie, James, Prolapse of the bladder during pregnancy and parturition. Edinb. med. Journ. XXXIX. 9. p. 809. March.

Robinson, F. Byron, The placenta. Amer. Pract. and News XVII. 3. p. 81. Febr.

Rosenberg, Julius, A plea against accouchement forcé in the treatment of placenta praevia. New York med. Record XLV. 10. p. 298. March.

Rossi Doria, T., Contributo allo studio del tetano puerperale. Policlin. I. 3. p. 44.

Runge, Max, Lehrbuch d. Geburtshülfe. 2. Aufl. Berlin. J. Springer. Gr. 8. XIV u. 543 S. mit Abbild. 9 Mk.

Salin, M., Fall af graviditet kompliceradt med myom. Hygiea LV. Tilläggsh. S. 242.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Saugmann, Chr., En billig Aksetträktang. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 10.

Schacht, F. F., 4 cases of extra-uterine gestation successfully treated by abdominal section. Lancet I. 14; April.

Schäffer, O., Anatom. Atlas d. geburtshülfl. Diagnostik u. Therapie [Lehmann's med. Hand-Atlanten. Bd. II: Geburtshülfe. 2. Theil]. München. J. F. Lehmann. 8. 220 S. mit 145 Abbild. auf Tafeln. 8 Mk.

Schamberg, Jay F., A case of exaggerated polyuria of pregnancy. Univers. med. Mag. VI. 6. p. 385. March.

Scheffer, J. C. Th., Ectopische zwangerschap; bersting van den vruchtzak gedurende het onderzoek; zware collaps; hypodermoclyse; herstel. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXIV. 1. blz. 50.

Schofield, Alfred T., Complete inversion of uterus in a primipara. Brit. med. Journ. March 24. p. 633.

Schultze, B. S., Ist Fraktur des Schlüsselbeins Contraindikation, ein tief asphykt. Kind zu schwingen? Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 8.

Sears, George G., The treatment of pregnancy complicated by heart disease. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 11. p. 253. March.

Seward, W. M., A case of ectopic gestation; rupture at about one month; immediate laparotomy; recovery. New York med. Record XLV. 10. p. 303. March.

Sippel, A., Zur Diagnose d. Placentarsitzes nach *R. Palm*. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 5.

Ssolowjew, G., Ueber Unterbrechung d. Schwangerschaft b. chron. Herzfehlern. Med. Obosr. 20. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Swiecicki, H. v., „Abscès de fixation" *Fochier's* b. d. Puerperalinfektion. Therap. Monatsh. VIII. 2. p. 61.

Symphyseotomie, Diskussion auf d. XI. internat. Congress in Rom. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 15.

Tainturier et Eichmueller, Grossesse ovarienne type; laparotomie; guérison. Ann. de Gynécol. XLI. p. 135. Févr.

Tarnier, Ligature du cordon umbilicale. Gaz. de Par. 9.

Tarnier, Possibilité de pratiquer un accouchement méthodiquement rapide chez les femmes pendant leur agonie ou post-mortem. Gaz. de Par. 11.

Thiéry, Paul, Grossesse tubaire; laparotomie. Ann. de Gynécol. XLI. p. 89. Févr.

Toujan, Sur un cas de symphyséotomie avec succès pour la mère et l'enfant. Ann. de Gynécol. XLI. p. 205. Mars.

Townsend, Charles W., Placenta praevia at the Boston Lying-in Hospital. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 25. p. 612. Dec. 1893.

Townsend, Charles W., 2 cases of hydramnion associated with abdominal distention of the foetus. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 6. p. 139. Febr.

Trau, Adam, Typhoid fever complicated by twin abortion; recovery. Med. News LXIV. 12. p. 325. March.

Travers, W., Case of ovariotomy during pregnancy; axial rotation. Lancet I. 3. p. 146. Jan.

Varnier, H., La symphyséotomie est-elle une opération à la portée du praticien. Revue d'Obst. VII. p. 33. Févr.

Waibel, Karl, Leitfaden f. d. Nachprüfungen d. Hebammen. Wiesbaden 1893. J. F. Bergmann. 8. V u. 81 S. 1 Mk. 60 Pf.

Waters, Ernest E., A case of puerperal eclampsia following lead poisoning. Brit. med. Journ. March 31. p. 682.

Winter, G., Ein asept. Instrumentarium für Geburtshelfer. Deutsche med. Wchnschr. XX. 4.

Woerz, H. v., Ein Fall von Lymphangioma subaxillaris als Geburtshinderniss. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 5.

Zacharjewsky, A. U., Ueb. d. Stickstoffwechsel während d. letzten Tage d. Schwangerschaft u. d. ersten Tage d. Wochenbetts. Ztschr. f. Biol. XXX. 3. p. 368.

Zweifel, Gefrierdurchschnitte von Gebärenden. Schmidt's Jahrbb. CXLII. p. 110.

S. a. I. Ruppel. II. Leopold. III. Gottschalk, Kronig, Leyden, Morse, Nové; Paviot. IV. 2. Casey; 3. Legry; 9. Zülzer. IV. 2. *Krankheiten der Mamma.* VI. Dohrn, Ehrendorffer, Morisani, Saulmann. IX. Dagonet, Näcke. X. Knaggs. XIII. 2. Kalt. XV. Paul. XX. Robb, Zahrtmann.

VIII. Krankheiten der Kinder.

Beneke, Zur Frage nach d. Bedeutung d. „Thymushyperplasie" f. plötzl. Todesfälle im Kindesalter. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 9.

Boulton, Percy, Infant feeding. Brit. med. Journ. Jan. 27. p. 187.

Breton, A., 2 cas de croup chez des enfants de 6 à 7 mois; trachéotomie; guérison. Revue des Mal. de l'Enf. XII. p. 118. Mars.

Bystrow, N. I., Ueber d. Verbreitung d. Rhachitis unter d. Kindern d. ländl. Bevölkerung einiger Ortschaften d. Waldai'schen Kreises (Gouv. Nowgorod). Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Conitzer, L., 2 Fälle von Barlow'scher Krankheit. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 11. 12.

Djouritch, Lioubitza, Contribution à l'étude de l'indicanurie chez les enfants. Revue des Mal. de l'Enf. XII. p. 49. Févr.

Diphtherie s. III. *Aronson, Ehrlich, Ledoux, Ohlmacher.* IV. 2. *Aufrecht, Babes, Behring, Belfanti, Bergmann, Bianchini, Caillé, Chapman, Engstrand, Feer, Greenley, Hamilton, Heubner, Jacobi, Le Gendre, Mc Collom, Morse, Phillips, Plicque, Ritter, Ruland, Rupp.* VIII. *Breton.* X. *Valude.* XIII. 2. *Bäumler, Dabney, Fraxer, Greet, Vulpius, Zappert.* XV. *Solbrig.*

Doktor, Alex., Ueber d. Heilung u. Behandl. d. Nabels. Arch. f. Gynäkol. XXV. 3. p. 539.

Fischl, Rudolf, Ueber Fieberbehandl. b. Kindern. Prag. med. Wchnschr. XIX. 7. 8.

Fischl, Rudolf, Ueber sept. Infektion d. Säuglings mit gastrointestinalen, resp. pulmonalen Symptomen. Ztschr. f. Heilkde. XV. 1. p. 1.

Fischl, Rud., Ueber gastrointestinale Sepsis. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVIII. 3 u. 4. p. 288. — Verh. d. 10. Vers. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 11.

Gundobin, N. P., Zur Pathologie d. Dentition. Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Gutzmann, H.; R. Kafemann, Die öffentl. Fürsorge f. stotternde u. stammelnde Schulkinder. Verh. d. 10. Vers. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 86. 104.

Guyot, Les garderies d'enfants. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 2. p. 48. Janv. 9.

Hassenstein, W., Die Hypnose im Dienste der Säuglingsernährung. Ztschr. f. Hypnot. II. 4. p. 116.

Jakubowitsch, W. F., Zur Lehre d. postmortalen Temperatur u. über d. Wesen d. Fiebers b. Kindern. Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Jennings, David D., Treatment of depressions in the skull of the new-born. New York med. Record XLV. 6. p. 166. Febr.

Keuchhusten s. IV. 2. *Raubitschek, Ritter;* 3. *Abelmann.* XIII. 2. *Korolew.*

Le Gendre, P., Les maladies de croissance et leur traitement. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 6.

Le Gendre, P., et A. Broca, Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants. Revue des Mal. de l'Enf. XII. p. 78. Févr.

Marfan, La débilité congénitale des enfants nés avant terme et son traitement. Revue d'Obstétr. VII. p. 2. Janv.

Marfan, Les eczémas des nourrissons; leurs rap-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

ports avec les vices de l'alimentation et des troubles digestifs. Semaine méd. XIV. 18.

Marfan, A. B., et Louis Guinon, Cachexie pachydermique sans idiotie chez un enfant. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 25. p. 658. Déc. 1893.

Masern s. IV. 2. *Dukes, King;* 8. *Monro.*

Mueller, Arthur, Zur Casuistik u. Therapie d. Melaena neonatorum. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 13.

Pinard, A., Description d'une couveuse. Ann. de Gynécol. XLI. p. 257. Mars.

Plicque, A. F., Traitement d'une attaque de convulsions chez l'enfant du premier âge. Gaz. de Par. 12.

Preuschen, F. v., Die Läsion d. Centralorgane b. d. Geburt als Urs. d. Melaena neonatorum. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 9.

Romme, R., La diathèse hémorrhagique et les hémorrhagies gastro-intestinales chez les nourrisons. Revue des Mal. de l'Enf. XII. p. 198. Avril.

Rudolf, R. D., A case of tetanus neonatorum. Lancet I. 9; March.

Scharlachfieber s. IV. 2. *Aufrecht, Beatty, Carslaw, Chalmers, Dukes, Leask, Macartney, Morse;* 6. *Gouget.* VII. *Bodilly.*

Schmid-Monnard, Ueber d. körperl. Entwicklung d. Feriencolonie-Kinder. Verh. d. 10. Vers. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 108. — Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVIII. 3 u. 4. p. 297.

Schütze, Arthur, Ein Fall von Melaena neonatorum. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 9.

Schumann, Zur Anwendung d. Massage b. Reflexkrämpfen im Kindesalter. Therap. Monatsh. VIII. 3. p. 141.

Seitz, Carl, Grundriss d. Kinderheilkunde. Berlin. S. Karger. Gr. 8. VI u. 478 S. 9 Mk.

Seitz, C., Bericht d. kön. Universitäts-Poliklinik f. Kinderkrankheiten im Reisingerianum pro 1893. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 4.

Seydel, C., Die Zeichen d. Erschöpfungstodes durch mangelhafte Ernährung b. jungen Kindern. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 2. p. 226.

Smith, J. Lewis, The times and modes of introduction of the exotic diseases of children into America. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 3. p. 276. March.

Troitzky, J. W., Unentgeltl. Verabreichung sterilisirter Milch am Ambulatorium d. Ges. zur Unterstützung kranker Kinder in Kiew. Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Verhandlungen d. 10. Versamml. d. Gesellschaft f. Kinderheilkunde in d. Abth. f. Kinderheilk. d. 65. Vers. d. Gesellsch. deutscher Naturf. u. Aerzte in Nürnberg 1893. Herausgeg. von *Emil Pfeiffer.* Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. VII u. 168 S. mit 13 Tafeln u. in d. Text gedr. Holzschn. 4 Mk. 60 Pf.

S. a. II. Strassmann. III. Döderlein. IV. 2. Goldschmidt, Happe; 3. Miller; 4. Miller, Lees, Le Gendre, Pitt, Sansom, Sturges; 5. Barker, Le Gendre, Merkel, Mortimer, Sainsbury; 6. Cohn, Wainwright; 8. Behrens, Betz, Blocq, Brero, Hedley, Judson, M'Gregor, Raymond, Simon, de Spéville, Wicks; 9. Legendre, Monti; 10. Funk, Robinson; 11. Adsersen, Harris, Leyden. V. 1. Mauclaire; 2. a. Eigenbrodt; 2. c. Koplik, Newman, Pollard, Prior, Szuman; 2. d. Stephen; 2. e. Cumston, Fracture, Powers. VI. Turner. VII. Barton, Liebe, Maffuci, Morison, Prochownick. IX. Bouchaud. X. Baraz, Charpentier, Creak, Dedurin, Hopgood. XI. Rasch, Stangenberg, Touchard. XIII. 1. Bolognini; 2. Engel; 3. Fisher, Guthrie. XV. Altschul.

IX. Psychiatrie.

Belkowsky, J., Dementia paralytica sine paralysi. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. V. p. 169. April.

Benedikt, Mor., Hypnotismus u. Suggestion. Wien. M. Breitenstein. Gr. 8. II u. 91 S. 2 Mk.

Bérillon, E., Die Onychophagie, ihre Häufigkeit b. d. Entarteten u. ihre psychotherapeut. Behandlung. Ztschr. f. Hypnot. II. 5. p. 151.

Berkhan, O., Ein Fall von Psychose mit halbjähr. Lethargie. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 526.

Binder, Das letzte Capitel des *Lombroso*'schen Buches „d. geniale Mensch" nebst d. Ergebnissen eigener Untersuchungen. Württemb. Corr.-Bl. LXIV. 6. 7. 9.

Bondurant, E. D., Katatonia. Med. News LXIV. 10. p. 253. March.

Bouchard, J. B., De l'hypothermia chez les aliénés. Ann. méd.-psychol. 7. S. XIX. 2. p. 194. Mars—Avril.

Bouchaud, Démence progressive et incoordination des mouvements dans les 4 membres chez 2 enfants, le frère et la soeur. Revue de Neurol. II. 1. p. 2. Janv.

Bourdin, V., Un type d'héréditaire dégénéré. Arch. de Neurol. XXVII. p. 161. Mars.

Camuset, Note sur un aliéné homicide. Arch. de Neurol. XXVII. p. 175. Mars.

Corning, J. Leonard, Some less cultivated phases of psychology; considerations on the genesis of the feelings, or the relation of desire to the will function; plastical deductions therefrom concerning the management of various psychopathic conditions. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 2. p. 122. Febr. — New York med. Record XLV. 13. p. 390. March.

Dagonet, H., Folie puerpérale. Progrès méd. XXII. 14.

Dessoir, Max, Zur Psychologie d. Vita sexualis. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 5. p. 941.

Dornblüth, Otto, Zur Lehre von d. Geistesstörung d. Entarteten. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 681.

Durante, G., Des complications viscérales de la paralysie générale progressive. Gaz. des Hôp. 24. 27.

Durante, G., Des troubles trophiques et des troubles circulatoires dans la paralysie générale. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 10.

Fischer, Ueber Beschäftigung von Geisteskranken. Bad. ärztl. Mittheil. XLVIII. 1.

Friedmann, M., Ueber d. primordiale menstruelle Psychose (d. menstruale Entwicklungspsychose). Münchn. med. Wchnschr. XLI. 4.

Fürer, C., Ueber d. Zustandekommen von Gehörstäuschungen. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. V. p. 57. Febr.

Grabowsky, Norb., Die verkehrte Geschlechtsempfindung oder d. mannmännl. u. weibweibl. Liebe. Leipzig. M. Spohr. Gr. 8. 45 S. mit Bildniss. 1 Mk.

Grashey, Zur Theorie d. Zwangsvorstellungen. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 5. p. 1063.

Guépin, A., Traitement du délirium tremens. Gaz. de Par. 6.

Hamilton, Allan Mc Lane, Insanities characterized by dominant concepts. Med. News LXIV. 3. p. 57. Jan.

Herbert, Wm. W., The forcible feeding in the insane. Brit. med. Journ. March 3.

Hoppe, Zur Stellung d. Irrenärzte. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. V. p. 60. Febr.

Hougberg, Emil, Beiträge zur Kenntniss der Aetiologie d. progr. Paralyse mit besond. Berücksicht. d. Syphilis. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 546.

Houston, J. A., On the value of examination of the blood of the insane. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 3. p. 53. Jan.

Klippel, Paralysie générale; lésions et symptômes spinaux; formes spinales. Arch. de Méd. expérim. VI. 1. p. 75. Janv. — Mercredi méd. 8.

Krafft-Ebing, R. v., Ueber Zoophilia erotica. Bestialität u. Zooerastie. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 761.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Krafft-Ebing, R. v., Zur Aetiologie d. conträren Sexualempfindung. Jahrbb. f. Psych. XII. 3. p. 338.

Landmann, S., Die Mehrheit geistiger Persönlichkeiten in einem Individuum. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. V u. 186 S. 4 Mk.

Leppmann, A., Der seelisch Belastete u. seine ärztl. Ueberwachung. [Berl. Klin. 65.] Berlin. Fischer's med. Buchh. Gr. 8. 24 S. 60 Pf.

Magnan, V., Psychiatr. Vorlesungen. Deutsch von *P. J. Möbius*. VI. Heft. Ueber Manie. Ueber d. Alkoholismus. Ueber Simulation u. Verkennung d. Irrsinns. Leipzig 1893. Georg Thieme. Gr. 8. 54 S.

Marandon de Montyel, Des conditions de la contagion mentale morbide. Ann. méd.-psychol. 7. S. XIX. 2. p. 260. Mars—Avril.

Meinong, A., Beiträge zur Theorie d. psych. Analyse. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. VI. 6. p. 417.

Näcke, P., Raritäten aus d. Irrenanstalt. [Einfl. von Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett auf d. Verlauf einer schon vorher bestandenen chron. Psychose. — Ein Fall von Folie à deux. — Fall von Katatonia alternans. — 2 Fälle von Doppelsprache. — Fall von Zwangsvorstellungspsychose. — Fall von Délire du toucher, erst im Verlaufe einer sekundären Verwirrtheit entstanden.] Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 630. 638. 645. 653. 660. 668.

Neil, James, Artificial feeding in acute melancholia. Brit. med. Journ. Jan. 27.

Neisser, Clemens, Noch einmal die Bettbehandlung d. Irren. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 447.

Oestreicher, Psychische Störung nach Sulfonalgebrauch. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 7. p. 284.

Ostermayer, Nicolaus, Ueber eine eigenthüml. Erscheinungsweise d. Tremor b. Delirium tremens alcoholicum. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 673.

Penberthy, William, The forcible feeding of the insane. Brit. med. Journ. March 17. p. 574.

Pontoppidan, Knud, Kvärulant Forrykthed, Folie à trois. Hosp.-Tid. 4. R. II. 14.

Potts, Charles S., A case presenting hallucinations of sight, touch, taste and smell. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 3. p. 178. 200. March.

Reinhold, G., Ueber organ. u. funktionelle Herzleiden bei Geisteskranken. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 16.

Ribot, Les états affectifs et la mémoire. Revue neurol. II. 2. p. 33. Janv.

Rigal, A., De la folie par commotion cérébrale et de ses rapports avec la législation militaire. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 3. p. 204. Mars.

Roller, Ueber inducirtes Irresein u. über einzelne inducirte u. ähnl. Erscheinungen b. Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 722.

Russel, J. C., Artificial feeding in acute melancholia. Brit. med. Journ. March 10. p. 522.

Ryan, R. P., Hypodermic injections of brain extract in mental diseases. Brit. med. Journ. Febr. 3. p. 240.

Schaefer, A., Einfluss d. Psychose auf d. Menstruationsvorgang. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 5. p. 976.

Schliep, Noch einmal unsere Anstalten f. Idioten u. Epileptiker. Deutsche med. Wchnschr. XX. 8.

Schönfeldt, Max, Ueber d. inducirte Irresein (Folie communiquée). Inaug.-Diss. Jurjew (Dorpat) 1893. Karow. 8. 174 S. mit 3 Tafeln. 3 Mk. 60 Pf.

Scholz, Die nächste Aufgabe d. Irrenpflege. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 690.

Siemens, F., Etwas über narkot. Mittel u. Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 714.

Sioli, Ueber perverse Sexualempfindung. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 5. p. 897.

Snell, Otto, Ueber d. Formen von Geistesstörung, welche Hexenprocesse veranlasst haben. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 534.

Sollier, P., L'idiotie et l'imbécillité au point de vue nosographique. Arch. de Neurol. XXVII. p. 33.

Toulouse, Edouard, Le problème de l'assistance des aliénés. Gaz. des Hôp. 20. 22. 30.

Troubles trophiques et troubles circulatoires dans la paralysie générale. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 9.

Tschish, Wladimir, Zur Casuistik d. Psychosen nach Cholera. Med. Obosr. 44. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 1.

Tuke, John Batty, On insanity. Edinb. med. Journ. XXXIX. 8. 9. 10. p. 673. 769. 890. Febr.—April.

Vorster, Ueber d. Hämoglobingehalt u. d. specif. Gewicht d. Blutes b. Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 740.

Weir, James, Borderlands and crankdom. New York med. Record XLV. 12. p. 360. March.

Ziehen, Th., Tagesschwankungen d. Körpertemperatur b. funktionellen Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 5. p. 1042.

Zinn, K., Statist. Mittheilungen über d. Krankenbewegung d. Brandenburgischen Landesirrenanstalt zu Eberswalde in d. JJ. 1877 bis 1892. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 5. p. 997.

S. a. III. Collela, Schlöss, Schroeter. IV. 3. Campbell; 4. Beadles; 8. *Epilepsie, Hypnotismus, Hysterie*, Brunet, Lemoine, Marie, Sommer. V. 2. a. Dumont. VI. Fowler. XIII. 2. Anderson, Spratling; 3. Bushnell. XIV. 1. Kisch. XVI. Dagonet, Giraud, Marx, Skrzeczka. XVII. Rigal. XX. Meige.

X. Augenheilkunde.

Adamük, E., 2 Fälle von Neubildungen (d. N. opticus u. d. Orbita) mit letalem Ausgange. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 2. p. 129.

Asmus, Eduard, Das Sideroskop. Ein Apparat zum Nachweis der Eisen- u. Stahlsplitter im Innern des Auges. Arch. f. Ophthalmol. XL. 1. p. 280.

Baas, Karl Ludwig, Ueber einige seltenere Erkrankungen d. Thränenapparates. Münchn. med. Wochenschr. XLI. 6.

Baas, Karl Ludwig, Tuberkulose d. Thränendrüse. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 2. p. 141.

Bäuerlein, A., Meine Erfahrungen über Staar u. Staaroperationen in 25 Jahren. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. V u. 145 S. 4 Mk. 60 Pf.

Baraz, W. G., Ueber Maassregeln zur Bekämpfung d. Blennorrhöe d. Neugebornen. Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Barthélemy, E., Amblyopie double simulée; procédé pour la déjouer et mesurer l'acuité visuelle. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 4. p. 285. Avril.

Bates, W. H., Treatment of myopia without glasses. New York med. Record XLV. 4. p. 104. Jan.

Becker, Cystenbildung an Lid u. Bulbus. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 186. 1893.

Beiträge, Zur Augenheilkunde, herausgeg. von *R. Deutschmann*. XIII. Heft. Hamburg. L. Voss. Gr. 8. 101 S. 3 Mk.

Bekman, H., Ein bemerkenswerther Fall von Aderhautcolobom nebst Ektasie d. Lederhaut. Westn. oft. Nov.—Dec. 1893. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Bericht über d. 23. Versamml. d. ophthalmol. Gesellschaft. Heidelberg 1893. Red. durch *W. Hess* u. *W. Zehender*. [Ausserordentl. Beilageheft zu d. klin. Monatsbl. f. Augenhkde. XXXI. Jahrg.] Stuttgart 1893. Ferd. Enke. 8. 258 S.

Bericht über die Leistungen u. Fortschritte der Augenheilkunde im 3. Quartal 1893. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 2. 3. p. 98. 109.

Bernheimer, St., Ein Instrumentenkästchen f. Staaroperationen u. Iridektomien. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. p. 97. März.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Bernheimer, Stefan, Ein Beitrag zur Kenntniss d. Missbildungen d. Auges. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 3. p. 241.

Bertelé, De l'origine et des causes des phénomènes que l'on observe dans le procédé d'optométrie de *Cuignet*, dit kératoscopie ou skiascopie. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 3. p. 165. Mars.

Bitzos, Le point noir de l'opération de la cataracte par extraction. Ann. d'Oculist. CXI. 4. p. 241. Avril.

Bock, Emil, 3. Bericht über d. Abth. f. Augenkranke im Landesspitale zu Laibach vom 1. Jänner bis 31. Dec. 1893. S. l. e. a. 8. 3 S.

Bock, Emil, Die schräge Blepharotomie. [Allg. Wien. med. Ztg. XXXIX.] Wien. Selbstverl. d. Vf.'s. 8. 8 S.

Bock, Ueber progressive Geschwüre d. Hornhaut. Memorabilien XXXVIII. 2. p. 65.

Brugger, Oscar, Ueber Hyalin- u. Amyloiddegeneration mit Verkalkung u. Knochenbildung in einem Augenmuskel, entstanden nach Trauma. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 3. p. 282.

Bull, Ole, Sur la périmétrie au moyen des pigments colorés. Ann. d'Oculist. CXI. 4. p. 284. Avril.

Capauner, Das Zustandekommen d. Netzhautpigmentirung. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 45. 1893.

Carter, Robert Brudenell, The quantitative determination of colour vision. Lancet I. 11; March.

Charpentier, Sur la prévention de la cécité chez les nouveaux-nés. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 13. p. 318. Mars 27.

Cheatham, W., Chronic retro-bulbar neuritis. Amer. Pract. and News XVII. 1. p. 8. Jan.

Ciserani, C., Delle iniezioni sottocutanee e sottocongiuntivali di cocaina nelle operazioni degli occhi. Gazz. Lomb. 10. — Ann. d'Oculist. CXI. 4. p. 275. Avril.

Cohn, Hermann, Ueber d. Abnahme d. Sehschärfe im Alter. Arch. f. Ophthalmol. XL. 1. p. 326.

Creak, Edith E. M., Spectacled children. Brit. med. Journ. Febr. 24. p. 438.

Csapodi, István, Die Blepharophimosis. Ungar. Arch. f. Med. II. 3 u. 4. p. 239.

Czermak, W., Eine kleine Abänderung in d. Ausführung d. sogen. Kanthoplastik von *Ammon* (oder d. wagerechten Blepharotomie mit Naht). Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. p. 87. März.

Darier, A., Behandl. u. Prophylaxe d. infektiösen Processe nach Staaroperation. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 99. 1893.

Dedurin, J. P., Ueber d. Trachom in d. Volksschulen. Westn. oft. Nov.—Dec. 1893. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Dehn, Emil, Ein Beitrag zur Kenntniss d. Luxatio bulbi. Arch. f. Ophthalmol. XL. 2. p. 237.

Denig, Rudolf, Exophthalmus traumaticus. Abflachung d. linken Gesichtshälfte in Folge von Trigeminusreizung. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 3. p. 276.

Denotkin, S., Ueber d. Verminderung d. Traumatismus b. d. Kataraktextraktion. Chir. Ljetop. III. 5. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Duci, Enea, Saggio di blefaroplastiche per innesto dermico. Gazz. Lomb. 13.

Duffing, Jul., Untersuchung eines Auges mit doppelter Perforation durch eine Stichsäge. Ein Beitrag zur Kenntniss d. traumat. Skleralstaphylome. Arch. f. Ophthalmol. XL. 2. p. 135.

Elschnig, A., Ueber d. Keratokonus. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. p. 25. Febr.

Eversbusch, Spontane Rückbildung einer Iriscyste. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 216. 1893.

Fergus, Patients upon whom the operation of extraction of the lens had been performed for high degrees of myopia. Glasgow med. Journ. XLI. 2. p. 146. Febr.

Franke, E., Zur Desinfektion d. Bindehautsackes. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 108. 1893.

Fuchs, Ernst, Die ägypt. Augenentzündung. Wien. klin. Wchnschr. VII. 12.

Fukala, Mehrjähr. Beobachtungen an wegen hoher Myopie extrahirten Augen. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 191. 1893.

Gad, Adolph, Ophthalmia migratoria. Hosp.-Tid. 4. R. II. 10.

Galezowski, Le glaucome est une lymphangite de l'oeil. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 11. p. 240. Mars 13.

Galtier, Petite contribution à la question du traitement des ulcères infectieux de la cornée. Ann. d'Oculist. CXI. 3. p. 215. Mars.

Gayet, Anévrysme artérioso-veineux de l'orbite. Lyon méd. LXXV. p. 232. Févr.

Giese, R., Temperaturmessungen im Conjunctivalsack d. Menschen. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 3. p. 292.

Gould, George M., An arrangement of prisms for testing adduction, abduction, exophoria and esophoria. Med. News LXIV. 5. p. 130. Febr.

Groenouw, Beiträge zur Kenntniss d. concentr. Gesichtsfeldverengerung. Arch. f. Ophthalmol. XL. 2. p. 172.

Grósz, Emil, Ueber Glaskörperblutungen. Ungar. Arch. f. Med. II. 3 u. 4. p. 289.

Gruber, Rudolf, Ueber Rostablagerung in der Hornhaut. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 38. 1893. — Arch. f. Ophthalmol. XL. 2. p. 154. 1894.

Hockel, Edward B., A combination test card. New York med. Record XLV. 10. p. 318. March.

Hegg, Sur la périmétrie au moyen de pigments colorés. Ann. d'Oculist. CXI. 2. p. 122. Févr.

Hess, C., Ueber d. operative Behandl. d. Ptosis. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 140. 1893.

Hippel, Eugen von, Ueber Siderosis bulbi u. d. Beziehungen zwischen siderot. u. hämatogener Pigmentirung. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 30. 1893. — Arch. f. Ophthalmol. XL. 1. p. 123. 1894.

von Hippel, Ueber operative Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 8. p. 157.

Hippel, Eugen von, Bemerkung zu d. Arbeit d. Herrn Dr. *L. Bach*: „d. tuberkulöse Infektion d. Auges." Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 2. p. 238.

Hirsch, Camill, Ueber Orbitalphlegmone. Prag. med. Wchnschr. XIX. 14. 15.

Hirschberg, J., Kupfer im Auge. Deutsche med. Wchnschr. XX. 14.

Hirschfeld, Wm., Eine bösartige Augenverletzung hervorgerufen durch einen Zahnsplitter. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XII. 3. p. 107. März.

Hopgood, Thomas F., Contagious ophthalmia in schools. Brit. med. Journ. March 3. p. 492.

Hosch, Fr., Glaukomatöse u. atroph. Excavation in einem aphakischen Auge. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 3. p. 305.

Hosch, Fr., Glaukom mit massenhaften Blutungen u. eigenthüml. Veränderungen d. Retina. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 3. p. 316.

Jack, Edwin E., Thrombosis of the central artery of the retina, with unusual features. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 13. p. 312. March.

Jaeger, Eduard von, Ophthalmoskop. Handatlas. Neu bearb. u. vergrössert von *Max. Salzmann*. 2. Aufl. Wien. F. Deuticke. Gr. 4. XV u. 92 S. mit 32 farb. Tafeln. 30 Mk. Tafel 32 allein mit 3 S. Text f. d. Besitzer d. 1. Aufl. 1 Mk.

Kessler, H. J., Fistula corneae genezen door iridectomie en galvanocausis corneae. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXIV. 1. blz. 85.

Kessler, H. J., Myopia acquisita ten gevolge van aandoening der lens. Nederl. Weekbl. I. 6.

Knaggs, F. H., Case of pulsating exophthalmos

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

following labour, and complicated with glaucoma, cured by ligature of the common carotid artery. Lancet I. 14; April.

Knies, Ueber eine neue Behandlung d. Glaukoms. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 118. 1893.

Knies, M., Ueber d. vorderen Abflusswege d. Auges u. d. künstl. Erzeugung von Glaukom. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 2. p. 193.

Lagrange, Félix, De l'inégalité des images rétiniennes dans l'amétropie axile et dans l'emmétropie. Ann. d'Oculist. CXI. 2. 4. p. 81. 279. Févr., Avril.

Lagrange, F., et C. Mazet, Compte rendu analytique du service d'ophthalmologie de la policlinique de Bordeaux pendant l'année 1893. Ann. de la Policlin. de Bord. III. 5. p. 127. Mars.

Lange, O., 2 Fälle von Melanosarkom der Orbita. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. p. 60. Febr.

Lange, O., Zur Lehre von der Accommodationwirkung auf's Auge. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. p. 94. März.

Leber, Eigenthüml. Conjunctivalaffektion in Verbindung mit multiplen Hauttumoren. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 217. 1893.

Limbourg, Zur Trichiasisoperation. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 152. 1893.

Logetschnikow, S., Eine Notiz zur neuen Behandl. d. Glaukoms. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. p. 96. März.

Lombard, H. Ch., Sur un cas de cécité passagère à l'intoxication saturnine. Revue méd. de la Suisse rom. XIV. 3. p. 188. Mars.

Mc Crindle, Iridodialysis followed by union and recovery. Lancet I. 3. p. 148. Jan.

Manz, Demonstrationslupe. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. p. 100. März.

Meighan, T. Spence, Extraction of the lens for high degrees of myopia. Glasgow med. Journ. XLI. 3. p. 168. March.

Michel, Julius, Klin. Leitfaden d. Augenheilkunde. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. IX u. 310 S. 6 Mk.

Mitvalsky, Eine Ciliarkörpergeschwulst nebst Bemerkungen. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 2. p. 152.

Mitvalsky, Ein Beitrag zur Kenntniss d. Hauthörner d. Augenadnexa. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVII. 1. p. 47.

Moyer, Harold N., Ptosis palpebrae superioris congenita. Med. News LXIV. 8. p. 207. Febr.

Müller, Leopold, Ueber Cilien in d. Vorderkammer u. spontane Ausstossung derselben. Wien. klin. Wchnschr. VII. 13.

Nieden, A., Ueber d. Simulation von Augenleiden u. d. Mittel ihrer Entdeckung. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. 24 S. 80 Pf.

Nocard, L'installation des clos d'équarissage. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 3. p. 193. Mars.

Ottinger, Wilhelm, Zur Statistik der Augenverletzungen. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. p. 75. März.

Pansier, P., Les courants continus dans l'iridochoroïdite aiguë. Ann. d'Oculist. CXI. 4. p. 271. Avril.

Pflüger u. Mellinger, Beitrag zur Myopiefrage. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 7.

Rindfleisch, G., Ein nach oben gerichtetes Aderhautcolobom. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. p. 91. März.

Ripault, Du diagnostic et de l'extraction des corps étrangers superficiels de l'oeil. Gaz. de Par. 7.

Ripault, H., et A. Guépin, Diagnostic des cataractes. Gaz. des Hôp. 9.

Rohrer, Rapports entre les affections oculaires et les affections des fosses nasales et de l'organe de l'ouïe. Ann. d'Oculist. CXI. 3. p. 205. Mars.

Samelsohn, Ueber sogen. abgeschwächte Iristuberkulose. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 75. 1893.

Schirmer, O., Zur operativen Behandlung hochgrad. Kurzsichtigkeit. Deutsche med. Wchnschr. XX. 11. p. 261.

Schloesser, Bedingungen zur Entfernung von Eisensplittern durch d. Magneten. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 153. 1893.

Schoenberg, W., Zur Frage über d. Aetiologie d. Entropium trachomatosum. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. p. 65. März.

Schroeder, Th. von, Aktinomykose im untern Thränenröhrchen. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXII. p. 101. April.

Schwarz, Ueber d. sichel- u. ringförm. Gebilde an d. Pupille. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 209. 1893.

Schwarz, O., Instrument zur Messung d. latenten Rollung. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. Beil. p. 223. 1893.

Schulz, Friedr., Zur Prognose der Netzhautgliome. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 43 S. 1 Mk.

Snell, Simeon, Remarks on amblyopia from dinitrobenzol. Brit. med. Journ. March. 3.

Snellen, Optotypi ad visum determinandum secundum formulam $v = \frac{d}{D}$. Ed. 12. Berlin. H. Peters. Gr. 8. 34 Bl. mit 4 Taf. 3 Mk. 50 Pf.

Snellen jr., H., Ontsteking van orbita en van aangrenzende holten. Nederl. Weekbl. I. 7.

Spil, L. P. van der, Corpus alienum in het orbitaale celweefsel. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXIV. 1. blz. 79.

Standish, Myles, 2 cases of gangrene of the eyelid, with an account of the manner of infection. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 10. p. 237. March.

Story, J. B., Blepharo-cheiloplast. Operation b. Trichiasis u. Entropium. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. p. 57. Febr.

Straub, M., Mededeelingen uit de oogheelkundige praktijk. Nederl. Weekbl. I. 9.

Stuelp, O., Ein Fall von hartnäckig recidivirender herpesart. Erkrankung d. Conjunctiva u. Cornea im Zusammenhange mit Menstruationsstörungen d. Menopause. Arch. f. Ophthalmol. XL. 2. p. 224.

Sulzer, D. E., Antwort auf d. Verwahrung d. Herrn *A. E. Fick* [Verwendung aus einem Stück geschliffener Contaktgläschen b. unregelmäss. brechender Hornhaut]. Arch. f. Augenhkde. XXVIII. 2. p. 237.

Swasey, Edward, An instrument for removing foreign bodies from the iris and anterior chamber of the eye. New York med. Record XLV. 6. p. 189. Febr.

Swerver, G. P., Simulatie van amblyopie. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXIV. 1. blz. 82.

Tafeln u. Schriftproben zur Bestimmung der Sehschärfe, entworfen nach d. Metersystem. Herausgeg. von d. St. Petersb. Augenheilanstalt. 2. Aufl. St. Petersburg. C. Ricker. 5 Wandtafeln 88×31 cm. 7 Mk. Lesebuch dazu in 9 Sprachen. Gr. 8. III S. u. 24 Bl. 3 Mk.

Thorington, James, An axonometer [Apparat zur Ausführung d. Skiaskopie u. zur Bestimmung d. Meridiane d. Hornhautkrümmung]. Med. News LXIV. 9. p. 240. March.

Topolanski, A., Die Aetiologie d. bandförm. Hornhauttrübungen. Wien. klin. Wchnschr. VII. 6.

Trousseau, A., Iritis et irido-choroïdites infectieuses. Ann. d'Oculist. CXI. 3. p. 199. Mars. — Gaz. des Hôp. 37.

Truhart, H., Zur operativen Behandlung des Trachoms. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XI. 13.

Valude, E., Conjonctivites à fausses membranes et diphthérie oculaire. Ann. d'Oculist. CXI. 2. p. 92. Févr.

Van den Bergh, De la nature et du traitement des conjonctivites fibrineuses. Presse méd. XLVI. 8.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Van den Bergh, Sur la manière d'examiner l'état de la réfraction de l'oeil. Presse méd. XLVI. 12.

Veith, Beiträge zur Frage d. Hemeralopie. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 5. p. 97.

Velhagen, C., Entsteht hochgrad. Myopie durch Inzucht? Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXII. p. 80. März.

Velhagen, C., Ein Fall von Iristuberkulose. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXII. p. 121. April.

Walker, George Edward, On pulsating exophthalmus. Lancet I. 4; Jan.

Walker et Puzzi, Exophthalmie pulsatile. Mercredi méd. 7.

Warnecke, Georg, Beitrag zur Operation u. patholog. Anatomie d. Cysticercus intraocularis. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 59 S. 1 Mk. 20 Pf.

Weiss, L., Ueber d. Schielen u. seine Spontanheilung. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 122. 1893.

Wickham, Louis, Iritis syphilitique. Gaz. de Par. 7.

Widmark, J., Om korrektion af höggradig närsynthet genom linsens aflägsnande ur ögat. Hygiea LVI. 1. S. 23.

Wolkomitsch, Elisabeth, Exenteratio (Evisceratio) bulbi. [Mitth. d. Klin. u. med. Inst. d. Schweiz. I. 8.] Basel u. Leipzig. Carl Sallmann. Gr. 8. S. 707—746.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Bach, Berberich, Greeff, Hippel, Klemensiewicz, Lévi, Mazet, Wagenmann, Wintersteiner, Wolff. IV. 3. Manicatide; 8. Bannas, *Basedow'sche Krankheit*, Dodd, Guillery, Hansell, Hosch, Jack, Mitchell, Oliver, Pontoppidan, Raia, Rothmann, Siegrist, Wolffberg; 9. Dunn; 11. du Gourlay, Vignes. V. 2. a. Collier, Ramage. IX. Potts. XIII. 2. Derby, Dreser, Hogrefe, Peters, Pooley, Veasey. XIV. 3. Schoeler. XV. Bericht. XVIII. Hannicke.

XI. Specielle Krankheiten der Nase, des Ohres, Kehlkopfes u. Rachens.

d'Aguanno, A., Larve nell' orecchio. Gazz. degli Osped. XV. 21.

Allen, Harrison, Speach without a larynx. Med. News LXIV. 11. p. 281. March.

Annandale, Thomas, On the removal of fibrous or naso-pharyngeal polypi. Lancet I. 7; Febr.

Bates, W. H., A new method of treatment of chronic naso-pharyngeal catarrh. Med. News LXIV. 3. p. 69. Jan.

Bresgen, Maximilian, Beiträge zur Ozaenafrage. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 10. 11.

Buchanan, George, Large piece of bone which was impacted in the larynx. Brit. med. Journ. March 17. p. 573.

Chappell, Walter F., The annular septum knife. New York med. Record XLV. 6. p. 189. Febr.

Coën, R., Ueber akust. Uebungen zur Verbesserung der Hör- u. Sprechfähigkeit. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 5.

Colman, W. S., On so-called „colour-hearing". Lancet I. 13. 14; March, April.

Courtade, Nouveau mode de traitement des abcès du conduit auditif externe par le tubage. Bull. de Thér. LXIII. 9. p. 60. Mars 8.

Delore, Sur l'éducation des sourds-muets. Lyon méd. LXXV. p. 510. Avril.

Dreyfuss, R., Beitrag zur Casuistik der Naseneiterungen (Periostitis suppurativa ossis turbinati sinistri e carie dentium). Wien. med. Presse XXXV. 19.

Eulenstein, H., Die diagnost. Verwerthbarkeit d. Percussion d. Warzenfortsatzes. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXVIII. 3.

Fano, G., e G. Massini, Intorno agli effetti delle lesioni portate sull' organo dell' udito. Sperimentale XLVII. V e VI. p. 353. 1893.

Farlow, John W., Hypertrophy of the post-nasal space, especially after childhood. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 3. p. 56. Jan.

Flatau, S., Ueber einen Fall von auffallend grossen Nasenrachenpolypen. Deutsche med. Wchnschr.. XX. 9. p. 205.

Forselles, Arthur af, Beitrag zur operativen Behandl. d. chron. eitr. Mittelohrentzündung. Arch. f. Ohrenhkde. XXXVI. 3. p. 145.

Galatti, Demetrio, Die Intubation in d. Privatpraxis. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 4—10.

Garnault, Les maladies infectieuses dans leurs rapports avec les maladies de l'oreille. Semaine méd. XIV. 1.

Gouget, Myome du larynx. Bull. de la Soc. anat. 5. S. VII. 26. p. 683. Nov.—Déc. 1893.

Gouguenheim, Amygdalites aiguës. Gaz. de Par. 4.

Gouguenheim, Amygdalite phlegmoneuse suppurée. Gaz. de Par. 6.

Gouguenheim, Des abcès rétro-pharyngiens. Gaz. de Par. 8.

Grayson, Charles P., Carcinoma of the larynx, with consecutive epithelioma of the lip. Med. News LXIV. 14. p. 378. April.

Grünwald, L., Atlas d. Krankheiten d. Mundhöhle, d. Rachens u. d. Nase. München. J. F. Lehmann. 8. 31 farb. Tafeln mit Text. 6 Mk.

Grünwald, L., Altes u. Neues über d. Stinknase. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 15.

Hall, F. de Havilland, Hoarseness in life assurance. Brit. med. Journ. Febr. 10. p. 330.

Haug, R., Beiträge zur Klinik u. mikroskop. Anatomie d. Neubildungen d. äusseren u. mittleren Ohrs. Arch. f. Ohrenhkde. XXXVI. 3. p. 170.

Heard, E. N., A simple method of locating metallic bodies in the upper air passages. New York med. Record XLV. 11. p. 349. March.

Hopmann, C., Asept. Hohlspiegel. Deutsche med. Wchnschr. XX. 9.

Joal, Des odeurs et de leur influence sur la voix. Revue de Laryngol. etc. XV. 3. 4. 5. p. 65. 102. 131. Févr., Mars.

Jones, W. S., Unusual morbid growths in the nose and mouth. Therap. Gaz. 3. S. X. 3. p. 159. March.

Kayser, R., Bericht über d. 1891 u. 1892 in d. Prof. *Gottstein'*schen Privatpoliklinik f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXVIII. 2. 3.

Kjelman, F., Epileptiforme Anfälle, durch Veränderungen in d. Nasenhöhlen hervorgerufen. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 13.

Knapp, J. J., Een garnaal in de trachea. Nederl. Weekbl. I. 11.

Krause, H., Zur Therapie der chron. Laryngitis. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 16.

Lange, Victor, Einige klin. Bemerkungen über Leiden im Proc. mastoideus in Folge akuter Mittelohreiterung. Arch. f. klin. Chir. XLVII. 1. p. 33.

Lucae, A., Ueber einige wesentl. Verbesserungen meiner federnden Drucksonde u. deren therapeut. Anwend. b. gewissen chron. Hörstörungen. Berl. klin. Wochenschr. XXXI. 16.

M'Bride, P., The diagnosis and prophylaxis of intra-cranial complications from ear disease. Edinb. med. Journ. XXXIX. 10. p. 910. April.

Manolesco, Lymphangite suppurée du nez. Roumanie méd. I. 8. p. 240.

Marcel, De la strangulation des amygdales. Roumanie méd. II. 1. p. 7.

Massei, F., Un caso di laringismo stridulo. Rif. med. X. 48.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Ménière, Coup de feu dans l'oreille droite. Gaz. des Hôp. 14.

Morton, Charles A., Adenoma of the soft palate. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 58. 1893.

Moure, E.J., I. De l'empyème du sinus sphénoïdal. — II. Un cas d'angio-kératome de la corde vocale droite. Paris. Bordeaux. O. Doin et Feret et fils. 8. 23 pp.

Moure, E. J., De l'extraction des osselets dans l'otorrhée. Paris. Bordeaux. O. Doin et Feret et fils. 8. 12 pp.

Moure, E. J., Des rhinolithes spontanées. Nécessité de pratiquer l'examen histologique et chimique. Revue de Laryngol. etc. XV. 6. p. 187. Mars.

Müller, J., Ueber Störungen des Gleichgewichts (Schwindel) b. Mittelohraffektionen. Wien. med. Presse XXXV. 9. 10. 11.

Okunew, W., Ein neues Symptom zur Diagnostik d. tiefen Affektion d. Proc. mastoideus b. eitrigen Processen im Mittelohr, wie d. Knochen überhaupt. Wratsch 48. 49. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Peter, Die Ohrtrompeten d. Säugethiere u. ihre Anhänge. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIII. 2. p. 327.

Piédalu, Nouveau traitement des angines et laryngites pseudo-membraneuses. Bull. de Thér. LXIII. 13. p. 91. Avril 8. — Nouv. Remèdes X. 6. p. 122. Mars.

Randall, B. Alex., The cases suitable for excision of the drum head and ossicles. Therap. Gaz. 3. S. X. 2. p. 81. Febr.

Ranke, H. v., Intubation u. Tracheotomie. Verh. d. 10. Vers. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 20.

Rasch, C., Ueber d. Häufigkeit u. Bedeutung von Mittelohrentzündungen bei kleinen kranken Kindern. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVIII. 3 u. 4. p. 319.

Réthi, L., Die polypoide Rhinitis u. ihre Behandlung, nebst einem Berichte über 200 Amputationen d. hintern Muschelenden. Wien. F. Deuticke. Gr. 8. III u. 63 S. mit 5 Abbild. 2 Mk.

Rice, Clarence C., Galvano-cautery treatment of tonsillitis. Savannah med. Journ. I. 1. p. 12. Jan.

Richter, Gerhard, Vergleichende Hörprüfungen an Individuen verschied. Altersklassen. Arch. f. Ohrenhkde. XXXVI. 3. p. 150.

Ripault, Ablation des végétations adénoïdes. Gaz. de Par. 6.

Rohrer, Ueber d. Perception hoher u. tiefer Töne b. Affektionen d. Labyrinths u. d. N. acusticus. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 8. 10.

Schech, Ueber Laryngitis fibrinosa. Deutsche med. Wchnschr. XX. 9. — Aerztl. Centr.-Anzeiger VI. 6.

Schliep, O., Ein Vorschlag, Gräten u. s. w. aus d. Larynx zu entfernen. Therap. Monatsh. VIII. 2. p. 92.

Schlossarek, Amand, Ein Kehlkopfphantom zur Erlernung der Intubation. Wien. klin. Wchnschr. VII. 14.

Schmidt, Mor., Die Krankheiten d. obern Luftwege. 2. Auflage. Berlin. J. Springer. Gr. 8. XII u. 727 S. mit 132 Abbild. u. 7 Tafeln. 15 Mk.

Schmiegelow, E., Bidrag til Mellemöresuppurationens kirurgiske Behandling. Nord med. ark. N. F. III. 6. Nr. 31. 1893.

Schmiegelow, E., Fremmed Legeme i Trommehulen; Fjernelse; Tetanus. Ugeskr. f. Läger 5. R. II. — Revue de Laryngol. XV. 5. p. 129. Mars.

Schmitt, Adolf, Alveolarsarkom des weichen Gaumens. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 10.

Schroeter, Paul, Beitrag zur Differentialdiagnose d. Erkrankungen d. Mittelohrs u. d. Labyrinths. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 36 S. 80 Pf.

Schwabach, Ueber otitische Pyämie ohne Sinusphlebitis. Deutsche med. Wchnschr. XX. 11.

Sharp, Gordon, Intra-laryngeal therapeutics. Lancet I. 15; April.

Shattock, Samuel G., Pharyngeal diverticulum. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 62. 1893.

Sikkel, A., Een geval van larynx-papilloom. Nederl. Weekbl. I. 14.

Solis-Cohen, J., Sarcome of the tonsil; evulsion through the mouth. Med. News LXIV. 4. p. 99.

Stangenberg, E., Bidrag till kännedomen om tillståndet hos våra skolbarns hörselorgan, näsa och svalg. Hygiea LVI. 3. S. 223.

Thiem, C., Ueber traumat. Labyrintherkrankung. Mon.-Schr. f. Unfallheilkde. I. 1. p. 13.

Thorner, Max, Pathological conditions following piercing of the lobules of the ear. Journ. of the Amer. med. Assoc. Jan. 27.

Tissier, Paul, Des coryzas à fausses membranes. Gaz. des Hôp. 33.

Touchard, Joseph, Laryngites aiguës de l'enfance simulant le croup. Revue des Mal. de l'Enf. XII. p. 104. 186. Mars, Avril.

Veillon, A., Recherches sur l'étiologie et la pathogénie des angines aiguës non diphthéritiques. Arch. de Méd. expérim. VI. 2. p. 161. Mars.

Versammlung d. deutschen Naturf. u. Aerzte in Nürnberg. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXVIII. 1.

Vulpius, Walther, Streichmassage d. Nasenmuscheln. Arch. f. Ohrenhkde. XXXVI. 3. p. 207.

Wagner, Clinton, Sarcoma of the tonsil; patient 89 years of age; operation; cure. New York med. Record XLV. 5. p. 136. Febr.

Zarniko, Carl, Die Krankheiten d. Nase, ihrer Nebenhöhlen u. d. Nasenrachenraumes, mit besond. Berücksicht. d. rhinolog. Propädeutik. Berlin. S. Karger. 8. XI u. 313 S. mit 132 Abbild. 6 Mk.

Zilliacus, W., Excision af trummhinnan och hörselbenen. Finska läkaresällsk. handl. XXXVI. 1. S. 1.

Zwaardemaker Cz., H., Absolute of summaire gehoorscherpte. Nederl. Weekbl. I. 5.

Zwaardemaker, H., Der Umfang d. Gehörs in d. verschied. Lebensjahren. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. VII. 1. p. 10.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Krepuska. IV. 2. Aaser, Lucatello, Morse, Rabot; 3. Bishap, Guder, Manchot, Mollière; 5. Gouguenheim, Woodbury; 8. Gerhardt, Lépine, Lumeau, Przeborski, Wittstock; 11. Chappell, Schuster. V. 2. a. Alexandrow, Beck, Becker, Browne, Downie, Griffin, Grünwald, Herzfeld, Jopson, Lautenbach, Lohoff, Makey, Moxham, Ramage, Semon, Ward, Winckler, Ziem. IX. Fürer, Potts. X. Rohrer. XIII. 2. Cheatham, Raymond, Sheild, Teichmann, Wilkin. XV. Smith, Thompson.

XII. Zahnheilkunde.

Boenneken, Ueber Zahnersatz. Deutsche med. Wchnschr. XX. 9. p. 209.

Busch, Joh., Ein Höckerzahn. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. X. 1. p. 17.

Flesch, Adolf, Beiträge zur Behandlung devitalisirter Zähne mit Borax. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. X. 1. p. 5.

Hollaender, L., Die Extraktion d. Zähne. 4. Aufl. Leipzig. Arthur Felix. 8. VIII u. 97 S. mit 54 Abbild. 3 Mk. 20 Pf.

Jung, Carl, Die Erkrankungen d. Wurzelhaut d. Zahnes in Rücksicht auf ihre Aetiologie u. Behandlung. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XII. 2. 3. 4. p. 42. 84. 134. Febr., März, April.

Martin, E., Fälle aus d. Praxis: a) Längsbruch d. Wurzel eines 1. Molaris. — b) 4 Exostosen. — c) Oberer Molaris mit 4 Wurzeln. — d) Schädlicher Einfluss einer Goldklammer. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. X. 1. p. 1.

Parreidt, Jul., Mahlzähne an Stelle d. 2 Prämolaren. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XII. 2. p. 41. Febr.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Schaeffer-Stuckert, Bericht vom zahnärztl. Weltcongress in Chicago. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XII. 2. 3. p. 59. 111. Febr., März.

Terra, Paul de, Repetitorium d. Zahnheilkunde, zugleich ein Examinatorium über sämmtl. Hülfswissenschaften f. d. zähnärztl. Staatsprüfung. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. XV u. 576 S.

Versammlung, XXII., d. zahnärztl. Vereins f. Niedersachsen am 15. Oct. 1893. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XII. 2. p. 65. Febr.

Weiser, Rudolf, Ueber d. Schattenseiten eines Kupferamalgampräparates. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. X. 1. p. 11.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 8. Duplay. V. 2. a. Borten, Fitzgerald, Forselles, Griffin. VIII. Gundobin. XIII. 2. Abraham.

XIII. Pharmakologie u. Toxikologie.

1) *Allgem. Pharmakologie. Pharmacie.*

Arzneitaxe f. d. Königreich Bayern. 1894. München. J. Grubert. Gr. 8. 38 S. 1 Mk. 20 Pf.

Arzneitaxe, kön. preussische f. 1894. Berlin. R. Gaertner. Gr. 8. 95 S. 1 Mk. 20 Pf.

Arzneitaxe f. d. Königreich Sachsen. 12. Aufl. 2. Nachtr. auf d. J. 1894. Dresden. C. C. Meinhold u. Söhne. Gr. 8. 4 S. 25 Pf.

Bolognini, Pirro, La dose dei medicamenti nella pratica infantile. Policlin. I. 8. p. 181.

Caldwell, W. C., Actions of drugs upon the kidney. Therap. Gaz. 3. S. X. 1. p. 8. Jan.

Dohio, Karl, In d. Dorpater Klinik gebräuchl. Recepte u. Verordnungen. 3. Aufl. Dorpat (Jurjew). E. J. Karow. 12. 39 S. 1 Mk. 60 Pf.

Dujardin-Beaumetz, L'art de formuler. Bull. de Thér. LXIII. 4. 12. p. 72. 241. Janv. 30, Mars 30.

Formulae magistrales Berolinenses. Mit einem Anhange, enthaltend: 1) die Handverkaufspreise in den Apotheken. 2) Anleitung zur Kostenersparniss b. Verordnen von Arzneien. Berlin. R. Gaertner. Gr. 8. 46 S. 1 Mk.

Friedländer, Richard, Ueber Nebenwirkungen u. Intoxikation b. d. Anwendung neuerer Arzneimittel. Therap. Monatsh. VIII. 4. p. 183.

Harnack, Erich, Zur Theorie d. antipyret. Wirkung. Therap. Monatsh. VIII. 3. p. 101.

Hartigan, William, Experiences with antipyretics in the tropics. Brit. med. Journ. Febr. 3. p. 240.

Hartmann, G., Handverkaufstaxe f. Apotheken. 8. Aufl. Magdeburg. Creutz in Comm. Gr. 8. IV, IV u. 96 S. mit 1 Tafel. 3 Mk.

Herdegen, Beiträge zur ökonom. Receptur. Württemb. Corr.-Bl. LXIV. 3.

Hildebrandt, H., Ueber Immunisirungsversuche mittels pharmakolog. Agentien. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 15.

Jahresbericht d. Pharmacie, red. von *Heinr. Beckurts.* 27. Jahrg. 1892. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. VII u. 887 S. 22 Mk.

Leuchtmann, J., Ein krit. Wort zur Medicinalweinfrage. Wien. C. Gerold's Sohn. 12. 16 S. 50 Pf.

Massini, Die Pharmacopoea helvetica. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 5. 16.

Merkel, Die neue Arzneitaxordnung vom 4. Jan. 1894. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 14.

Oeder, G., Salolüberzug f. Darmpillen. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 15.

Pharmacopoea helvetica. Ed. III. Deutsche Ausg. Zürich. Art. Inst. Orell, Füssli. Gr. 8. IX u. 398 S. 5 Mk.

Piccinini, A., Peptonurie da sostance medicamentose. Gazz. degli Osped. XV. 32.

Rovighi, Alberto, Influenza di alcuni antipiretici ed antisettici sulla eliminazione degli eteri solforici nelle orine. Indagini cliniche. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 4. p. 572.

Sainsbury, Harrington, On the connexion between chemical constitution and therapeutic action. Lancet I. 5; Febr.

Stokvis, On the relation of chemistry to pharmacotherapy and mat. med. Brit. med. Journ. April 14.

Vrijheid, J. A., Onze geneesmiddelen. Ned. Weekbl. I. 1.

S. a. III. Kingzett. V. 1. Lawrie, Warnots; 2. c. Karvonen. IX. Siemens. XVIII. Arzneitaxe. XX. Marshall.

2) *Einzelne Arzneimittel.*

Abraham, Dentalin. Ein neues Mundcosmeticum. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XII. 4. p. 125. April.

Adams, John A., Neuritis supervening during the treatment of chorea by arsenic. Lancet I. 6. p. 332. Febr.

Aldehoff, G., Zur Kenntniss d. Dulcins. Therap. Monatsh. VIII. 2. p. 71.

Anderson, Edward, Insanity treated by quinine. Med. News LXIV. 10. p. 270. March.

Andrews, Clenn, Permanganate of morphia as an antidote for morphine-poisoning. New York med. Record XLV. 10. p. 316. March.

Antal, Johann, Kali hypermang. als chem. Antidot einiger organ. Gifte. Ungar. Arch. f. Med. II. 3 u. 4. p. 248.

Arcangelo, Salvo, Contribuzione clinica sul valore terapeutico della fenocolla. Rif. med. X. 73.

Arnozan, X., Eruptions bulleuses d'origine iodurique. Arch. clin. de Bord. III. 3. p. 136. Mars.

Baccelli, Guido, Ueber intravenöse Injektionen mit Sublimat. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 13.

Bäumler, Christian G. H., On the use of sublimed sulphur as a local application in diphtheria. Brit. med. Journ. March 3.

Balland, Note sur l'emploi de récipients en aluminium pour la conservation de l'acide phénique. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 3. p. 164. Mars.

Banholzer, M., Beobachtungen über d. therapeut. Erfolge d. Ferratins. Centr.-Bl. f. innere Med. XV. 4.

Bardet, G., De la valeur thérapeutique comparée des hypnotiques. Bull. de Thér. LXIII. 7. p. 37. Févr. 23. — Nouv. Remèdes X. 2. p. 26. Janv.

Barthe, P. L., a) Nouveau dosage de l'acide salicylique et des salicylates employés en thérapeutique. — b) Application de la méthode au titrage des objets de pansement à l'acide salicylique. Arch. de Med. et de Pharm. XXIII. 2. p. 81. Févr.

Bauer, Oscar von, Zur therapeut. Verwendung d. Malakins. Wien. med. Bl. 11. 12.

Behring, Antitoxisch wirkende Desinfektionsmittel. Deutsche med. Wchnschr. XX. 8.

Berkholz, Aug., Experim. Studien über d. Wirkung des Physostigmins, Santonins, Codeins, Cocains, Strychnins u. d. Carbolsäure auf d. psychomotor. Zone d. Grosshirnrinde. Inaug.-Diss. Riga. Jurjew (Dorpat). E. J. Karow. 8. 91 S. 2 Mk. 40 Pf.

Binz, C., Ueber d. Vorgang d. Heilung d. Malariafiebers durch Chinin. Deutsche med. Wchnschr. XX. 6.

Blumer, Carl, Erfolg der Sublimatmethode bei Leberechinococcus. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 7.

Bókai, A., Die Wirkung d. Quassins u. Calumbins auf die Magendrüsen. Ungar. Arch. f. Med. II. 3 u. 4. p. 295.

Blagoweschtschenski, N. A., Die Bedeutung d. combinirten Anwendung d. Carbolsäure u. grünen Seife in d. chirurg. Praxis. Chir. Ljetop. III. 5. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

v. Boltenstern, Mittheilung über d. Anwendung d. Schwefels bei Hämorrhois. Therap. Monatsh. VIII. 2. p. 91.

Braithwaite, James, A note on codeia. Lancet I. 6. p. 331. Febr.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Breed, Wm. B., Treatment of alcoholism by strychnin nitrate hypodermatically. Med. News LXIV. 14. p. 365. April.

Brocq, L., Eruption erythémo-pigmentée fixe due à l'antipyrine. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. V. 3. p. 308.

Bubis, Sperminum-Poehl in chem., physiol. u. therapeut. Beziehung. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XI. 9—12.

Casale, Tommaso, Contributo allo studio dell' azione consecutiva mortale del chloroformio. Rif. med. X. 35.

Charteris, M., Experimental research on Arikresol. Lancet I. 13. p. 801. March.

Cheatham, Wm., Quinine in diseases of the ear. Amer. Pract. and News XVII. 4. p. 132. Febr.

Cheyne, W. Watson, The after-effects of chloroform. Lancet I. 6. p. 370. Febr.

Chmjelewski, J., Ueber d. hypnot. Wirkung d. Chloralose. Med. Obosr. 24. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Chouppe, Indications et contre-indications de la chloralose. Nouv. Remèdes X. 7. p. 151. Avril.

Churton, T., Treatment of severe chorea by chloroform and morphine. Brit. med. Journ. March 24. p. 633.

Coffin, Les différents modes d'administration du mercure dans la syphilis. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 4.

Colasanti, G., L'azione battericida dell'euforina. Rif. med. X. 16.

Colasanti, G., Vergleichende bakteriolog. Untersuchungen über d. Wirkung d. Jodoform, Aristol u. Dermatol. Moleschott's Untersuch. XV. 2. p. 174.

Contreras, Angel, Anaesthesia. The technique of chloroformization. Therap. Gaz. 3. S. X. 3. p. 156. March.

Cornett, W. T. S., A case of paroxysmal tachycardia, of long standing, relieved by the use of beechwood creosote. Med. News LXIV. 9. p. 239. March.

Coronedi, G., Contributo allo studio degli antielmintici. I.: Azione fisiologica della pelletierina. Sperimentale XLVIII. I. p. 40.

Dabney, William C., The administration of a glycerin solution of mercuric chlorid as a prophylactic measure against diphtheria. Med. News LXIV. 7. p 183. Febr.

Da Costa, J. M., Clinical remarks on the external use of guaiacol in reducing high temperature in typhoid fever and other febrile diseases. Med. News LXIV. 4. p. 85. Jan.

Dahmen, Max, Ueber Hämalbumin, ein neues diätet. Präparat, u. seine Wirkung b. Chlorose. Deutsche med. Wchnschr. XX. 14.

Dahmen, Max, Die Resorptionsfähigkeit d. Haut f. Lösungen von Jodoform u. Kreosot in Vasogen. Deutsche med. Wchnschr. XX. 15.

Dale, J. Y., Opium as an hypnotic in old age. Univers. med. Mag. VI. 5. p. 321. Febr.

De Lantsheere, Le sulfaminol. Presse méd. XLVI. 7.

Delmis, X., Le proto-jodure de fer. Gaz. des Hôp. 40.

Derby, Hasket, On certain dangers attending the use of atropine, and the employment of a new mydriatic. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 26. p. 640. Dec. 1893.

Dornblüth, Otto, Ueber Tolypyrin u. Tolysal. Deutsche med. Wchnschr. XX. 7.

Dreser, H., Ueber d. Beeinflussung d. Lichtsinns durch Strychnin. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 2 u. 3. p. 251.

Ebert, Rud., Ueber d. Dr. *C. Rüger*'sche „Natrium chloro-borosum". Wien. med. Presse XXXV. 6.

Ehrmann, E., Etude du henné. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 4. p. 288. Avril.

Engel, C. S., Blutbefund b. einem Kinde mit pseudoperniciöser Anämie vor u. nach d. Behandl. mit Arsenik. Virchow's Arch. CXXXV. 3. p. 369.

Fédoroff, H., Traitement des plaies par la glycérine. Mercredi méd. 7.

Ferreira, Clément, Note sur l'emploi clinique du chlorhydrate de phénocolle. Nouv. Remèdes X. 2. p. 36. Janv.

Flemming, Anatol, Experiment. Beiträge zur Kenntniss d. Wirkung von salin. Abführmitteln auf d. Darm. Inaug.-Diss. St. Petersburg. (Jurjew. Karow.) Gr. 8. 61 S. 1 Mk. 50 Pf.

Fox, P. H., The use and abuse of alcohol. Dubl. Journ. XCVII. p. 170. Febr.

Fraser, Thos. R., Bichromate of potassium as a remedy in gastric affections. Lancet I. 15; April.

Fratnich, Ernst, Das Methylenblau b. Malariainfektionen. Therap. Monatsh. VIII. 4. p. 150.

Frazer, Robert Fair, Further cases of diphtheria, successfully treated by the local application of sublimed sulphur. Brit. med. Journ. March 3. p. 462.

Gara, Geyza, Ueber d. Einfl. d. Bittermittel auf d. Darmfäulniss. Ungar. Arch. f. Med. II. 3 u. 4. p. 322.

Garofalo, Alfredo, Sull'uso del guaiacolo secondo il metodo di *Sciolla*. Rif. med. X. 59. 60.

Giannelli, A., Sui disturbi prodotti dal sulfonale. Rif. med. X. 65.

Gill, Rainsford F., Saline enemata in the treatment of haemorrhage. Lancet I. 10. p. 640. March.

Granville, Mortimer, The therapeutic action of free iodine. Lancet I. 4. p. 235. Jan.

Greet, W. A., Acetous vapour in diphtheria. Brit. med. Journ. Jan. 27. p. 188.

Grossmann, O., Die Aethernarkose. Deutsche med. Wchnschr. XX. 4.

Guinard, Le diaphtol comme antiseptique. Lyon méd. LXXV. p. 129. Janv.

Guthrie, Leonard G., On some fatal after-effects of chloroform in children. Lancet I. 4; Jan.

Hallopeau, H., et L. Brodier, De l'emploi du diiodoforme dans le traitement du chancre simple. Bull. de Thér. LXIII. 7. p. 46. Févr. 23. — Nouv. Remèdes X. 3. p. 51. Févr.

Hancock, Joseph L., A case of quinin idiosyncrasy. Med. News LXIV. 10. p. 271. March.

Hand, Alfred, Acetanilid as a surgical dressing. Med. News LXIV. 10. p. 269. March.

Harnack, Erich, u. Hermann Meyer, Das Amylenhydrat. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 3 u. 4. p. 374.

Heissler, Th., Ueber d. Bedeutung einiger Theerpräparate als Desinfektionsmittel. Wratsch 47. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Henyey, Ladislaus von, Ueber Duboisinum sulphuricum. Wien. med. Presse XXXV. 7. 8. 9.

Hermann, Josef, Die Quecksilberkur ist ein Verbrechen an d. gesammten Menschheit. Hagen i. W. Herm. Risel u. Co. 8. 117 S. 2 Mk.

Herting, Bemerkungen zu d. Aufsatze von Dr. *Schultze* (Bonn): „Hämatoporphyrin im Harn nach Trional". Deutsche med. Wchnschr. XX. 15.

Heymans, J. F., et D. Dobuck, Etude expérimentale sur l'action du chlorure de méthylène, du chloroforme et du tétrachlorure de carbone, donnés en injection hypodermique chez le lapin. Presse méd. XLVI. 13.

Hildebrandt, H., Ueber eine Wirkung d. Piperazin u. seinen Einfl. auf d. experiment. Diabetes. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 6.

Hinsbery, O., u. G. Treupel, Ueber d. physiolog. Wirkung d. P-Amidophenols u. einiger Derivate desselben. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 2 u. 3. p. 216.

Hirsch, B., Einiges über die Wirkungsweise u. speciell d. schädl. Wirkungsweise d. Chloroforms. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XII. 3. p. 97. März.

Hoche, A., Versuche mit Curarin (*Böhm*) b. Tetanie. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 8.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Hodara, Menahem, Die besten Formeln f. Zinkleim. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 5. p. 209.

Hölder, Ueber Chloroform- u. Aethernarkose. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte X. p. 3. Jan.

Hogrefe, Karl, Ueber Scopolaminum hydrobromicum u. seine Anwendung in d. Augenheilkunde. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 39 S. 80 Pf.

Huber, A., Die Wirkung einiger bitteren Arzneistoffe auf d. Peristaltik. Ungar. Arch. f. Med. II. 3 u. 4. p. 319.

Huchard, Accidents occasionés par le salicylate de soude. Bull. de Thér. LXIII. 3. p. 268. Janv. 23.

Jacobi, A., Fälle von Analgenbehandlung. New Yorker med. Mon.-Schr. VI. 2. p. 57. Febr.

Jaksch, R. von, Ueber d. Behandlung d. Typhus abdominalis mit Laktophenin. Centr.-Bl. f. klin. Med. XV. 11.

Jawein, G., Vergleichende Versuche über d. desinficirende Wirkung d. Phenol-Kalkwassers (*Danilewsky*), d. Kalkwassers, d. Pixols (*Raptschewsky*) u. d. Theerwassers (*Nencki*). Wratsch 43. 44. 1893. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 2.

Kalt, A., Thuja occidentalis als Emmenagogum u. Abortivum. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 8.

Kemmerich, E., Fleischpepton ein Herztonicum. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 10.

Kobert, R., Ueber Dulcin. Centr.-Bl. f. innere Med. XV. 16.

Koenig, Adolph, The therapeutic value of sarsaparilla. New York med. Record XLV. 10. p. 314. March.

Körte, W., Zum Vergleiche der Chloroform- u. Aethernarkose. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 9. 10. — Vgl. a. Deutsche med. Wchnschr. XX. 6. p. 137.

Kollmann, Oscar, Die Verwendung d. Speiseessigs in d. Therapie. Wien. med. Presse XXXV. 6.

Korolew, N., Ueber Naphthalin b. Keuchhusten. Med. Obosr. 21. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Kouwer, Over den invloed van chloroform-narcose op de nieren. Nederl. Weekbl. I. 3.

Krogius, A., Zur Frage von d. Cocainanalgesie. Chir. Centr.-Bl. XXI. 11.

Landerer, Albert, Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure. Therap. Monatsh. VIII. 2. p. 47. 93.

Lane, W. Arbuthnot, On the use of sulphur in surgery. Lancet I. 14; April.

Leffmann, Henry, The commercial forms of hydrogen dioxid. Med. News LXIV. 11. p. 288. March.

Lewin, L., Ueber d. Eisentherapie. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 3 u. 4. p. 414.

Linde, G., Ueber Carpain. Med. Obosr. 45. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Lindemann, L., Erfahrungen über d. *Koch*'sche Tuberkulin. Ann. d. städt. Krankenh. in München p. 219.

Lindén, K. E., Om behandling af syfilis medelst calomel-, salicyl- och thymolqvicksilfverinjektioner. Helsingfors. Central-tryck. 8. 59 S. — Finska läkaresällsk. handl. XXXVI. 2. S. 75.

Linossier et Lannois, De l'absorption cutanée de gaïacol. Lyon méd. LXXV. p. 436. Avril.

Lintilhac, E., Ellébore blanc contre le choléra. Bull. de Thér. LXIII. 6. p. 138. Févr. 15.

Luther, E., Ueber Chloroform, seine Wirkung u. Folgen. [Klin. Zeit- u. Streitfragen.] Wien 1893. 8. S. 277—328.

Maas, a) Experim. Untersuchungen zur Kenntniss d. Wirkungen d. Lysols in physiol. u. pathol-anat. Beziehung. — b) Studien über d. therap. Verwend. d. Lysols in d. internen Medicin. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 5 u. 6. p. 435. 446.

Macnamara, R. J., Large doses of antifebrin. Brit. med. Journ. March 31. p. 681.

Maibaum, O., Ueber d. Wirkung d. Pyoktanins b. malignen Neubildungen innerer Organe. Med. Obosr. 43. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Mangano, Giuseppe De Angelis, Sulla efficacia della fenocolla nelle febbri date dalla „laverania malariae". Rif. med. X. 85.

Manley, Thomas H., The local action of salicylic acid in the form of a liniment. New York med. Record XLV. 5. p. 137. Febr.

Mantegazza, Umberto, Sulla cura della blennorragia col permanganato di potassa. Sperimentale XLVIII. 5.

Marandon de Montyel, De l'action dénutritive de la duboisine. Bull. de Thér. LXIII. 8. p. 145. Févr. 28.

Marfori, Pio, Sulla ferratina. Policlin. I. 2. p. 61. Febbr.

Mauchle, A., Intoleranz gegen Jodpräparate. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 7.

Maxwell, James L., The opium question. Brit. med. Journ. March 10. p. 553.

Maynard, F. P., The prevention and cure of ague by opium. Brit. med. Journ. Febr. 24. p. 437.

Moor, William, Permanganate of potassium as an antidote for morphine. New York med. Record XLV. 7. p. 200. Febr. vgl. a. 14. p. 442. April.

Morris, Robert T., The production of ileal intussusception with carbonate of sodium. New York med. Record XLV. 13. p. 389. March.

Mosso, Ugolino, et F. Faggioli, Sur l'action physiologique du phénocolle. Arch. ital. de Biol. XX. 2 et 3. p. 161.

Müller, Alb., Erfahrungen über äusserl. Anwendung d. Salicylsäure u. eine Combination d. Natr. salicyl. mit Kreosot b. innerer Verordnung. Therap. Monatsh. VIII. 3. p. 141.

Murrell, William, The action of senecio jacobœa in the treatment of functional amenorrhœa. Brit. med. Journ. March 31.

Naumann, G., Om ledgångstuberkulosens behandling med jodoform-insprutingar. Nord. med. ark. N. F. IV. 1. Nr. 2.

Overholt, F., A new chloroform bottle. New York med. Record XLV. 6. p. 190. Febr.

Parisotti, O., Les injections de solution huileuse de biiodure de mercure dans le traitement des manifestations oculaires de la syphilis. Ann. d'Oculist. CXI. 4. p. 261. Avril.

Patein, Les huiles de foie de morue et la thérapeutique. Bull. de Thér. LXIII. 11. p. 65. Mars 23.

Pawinski, Joseph, Ueber d. harntreibende Wirkung d. Diuretin. Ztschr. f. klin. Med. XXIV. 3 u. 4. p. 315.

Pelzer, C., Weitere Mittheilungen über d. intrauterine Injektion von Glycerin. Gynäkol. Centr.-Bl. XVIII. 15.

Peters, Ueber d. Wirkung d. Scopolamins b. Augenerkrankungen. Deutsche med. Wchnschr. XX. 11.

Petresco, Z., Die Behandlung d. Pneumonie mit Digitalis in hohen Dosen. Wien. med. Presse XXXV. 14.

Plevani, Silvio, I ferruginosi. Gazz. Lomb. 3.

Pooley, Thomas R., The action of the hydrochlorate of scopolamine on the eye. Therap. Gaz. 3. S. X. 3. p. 160. March.

Posselt, Versuche mit Methylviolett (Pyoktanin) bei Gonorrhöe. Ann. d. städt. Krankenh. in München p. 243.

Potejenko, W., Der wässerige Auszug d. Baumwollenrinde als Stypticum. Med. Obosr. 23. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Price, A. F., The treatment of syphilis with sulphate of copper. New York med. Record XLV. 5. p. 129. Febr.

Raymond, James Harvey, Guaiacol as a topical application in the treatment of acute tonsillitis. New York med. Record XLV. 12. p. 364. March.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Rebourgeon, Le moyropuama. Nouv. Remèdes X. 2. p. 31. Janv.

Regnauld, E., et F. Vigier, Du diiodoforme en chirurgie. Nouv. Remèdes X. 7. p. 147. Avril.

Richet, Charles, Le chloralose et ses propriétés hypnotiques. Revue neurol. II. 4. p. 97. Févr.

Rothmann, S., Vergleichende Untersuchung über d. therapeut. Anwendung von Lanolin u. Adeps lanae. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 11.

Rudnew, N. K., Ueber d. Behandl. d. Dysenterie mit Klysmen aus Sublimat u. Lysol. Med. Obosr. 20. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Ruhemann, J., Ueber d. therapeut. Verwerthbarkeit d. Jodsäure u. d. jodsauren Natrons. Therap. Monatsh. VIII. 3. 4. p. 117. 158.

Russell, J. S. Risien, Pernicious anaemia; successful treatment by arsenic. Brit. med. Journ. Febr. 10.

Salinger, Julius L., The use of pilocarpine hypodermically in facial erysipelas. Therap. Gaz. 3. S. X. 3. p. 154. March.

Schaefer, Theodore W., The therapeutic uses of the salts of cesium and rubidium. Med. News LXIV. 10. p. 268. March.

Schäffer, Jean, Ueber d. Desinfektionswerth d. Aethylendiaminsilberphosphats u. Aethylendiaminkresols, nebst Bemerkungen über d. Anwendung d. Centrifuge b. Desinfektionsversuchen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XVI. 2. p. 180.

Schedtler, H., Zur Lehre von d. Sulfonalwirkung. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 465.

Schloesser, Ueber Quecksilberoxycyanid. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXI. Beil. p. 94. 1893.

Schmey, F., Exanthem nach d. Gebrauch von Bismuthum salicylicum. Therap. Monatsh. VIII. 4. p. 189.

Schmiedeberg, O., Ueber d. Ferratin u. seine diätet. u. therapeut. Anwendung. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 2 u. 3. p. 101.

Schmidt, Joh. Julius, Ueber Anwendung des Thioform. Therap. Monatsh. VIII. 4. p. 164.

Schofield, A. T., Opium in influenza. Lancet I. 6. p. 372. Febr.

Schultze, Ernst, Hämatoporphyrin im Harn nach Trional. Deutsche med. Wchnschr. XX. 7.

Schum, Otto, Versuche mit Kochin. Ann. d. städt. Krankenh. in München p. 257.

Sheild, Marmaduke, Chloroform in nasal growths. Lancet I. 5. p. 300. Febr.

Sherwood, Mary, Potassium permanganate and oxalic acid as germicides against the pyogenic cocci. Johns Hopkins Hosp. Rep. III. 7—9. p. 359.

Sinclair, A. D., A note on the use of ichthyol. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 6. p. 141. Febr.

Sklodowski, J., Ueber die diuret. Wirkung des Calomels b. Nierenkrankheiten. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 3 u. 4. p. 300.

Spratling, William Philip, Some observations on the action and value of hyoscyamine in nervous and mental diseases. New York med. Record XLV. 4. p. 99. Jan.

Stein, Stanisl. von, Ein weiterer Beitrag zur Anwendung d. Acidum trichloraceticum. Berlin. O. Coblentz. Gr. 8. 7 S. 1 Mk. — Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXVIII. 1.

Stewart, D. D., The influence of piperazin on the urine, and especially on uric acid and urea excretion. Untoward effect of large doses of the drug. Therap. Gaz. 3. S. X. 2. p. 86. Febr.

Stickler, Joseph William, The awake effect of cocaine. New York med. Record XLV. 2. p. 59. Jan.

Stoerk, Ueber d. Kreosottherapie b. Tuberkulose d. Kehlkopfs u. d. Lungen. Med. Post 3.

Stoitscheff, Nicola, Die Wirkung d. Digitalinum verum, verglichen mit der d. Digitalisinfuses. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 5 u. 6. p. 475.

Stolzenburg, Ueber d. äussere Anwendung von Guajakol b. fieberhaften Krankheiten. Berl. klin. Wochenschr. XXXI. 5.

Stourme, Gaïacol et absorption cutanée. Lyon méd. LXXV. p. 339. Mars.

Strizower, M., Die graue Merkursalbe bei der Bacillärschwindsucht. Wien. klin. Wchnschr. VII. 3.

Sziklai, Carl, Pneumonia crouposa bilateralis, mittels Pilocarpin in 48 Stunden geheilt. Wien. med. Presse XXXV. 13.

Taenzer, P., Zur Anwendung des Unna'schen Guttapercha-Pflastermulls. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 7. p. 301.

Teichmann, Max, Sozojodol b. Krankheiten des Ohrs u. d. oberen Luftwege. Therap. Monatsh. VIII. 4. p. 156.

Thayer, William Sydney, Note on the value of guaiacol applied externally as an antipyretic. Med. News LXIV. 13. p. 343. March.

Thompson, W. Gilman, Notes on the physiological actions of ozone preparations. New York med. Record XLV. 9. p. 257. March.

Thompson, W. H., The nature of the work of the kidney as shown by the influence of atropine and morphine upon the secretion of urine. Journ. of Physiol. XV. 5. p. 433.

Thomson, William H., Ergot in the treatment of periodic neuralgias. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 2. p. 124. Febr. — New York med. Record XLV. 11. p. 334. March.

Thornton, E. Q., The advantages of amorphous posphorus over the official form. Therap. Gaz. 3. S. X. 1. p. 19. Jan.

Trapesnikow, Th., Huile de Chaulmoogra u. Acido gynocardique gegen Lepra. Med. Obosr. 40. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Tschirwinsky, S., Beobachtungen über d. Wirkung einiger pharmakolog. Mittel auf d. Lymphausscheidung. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 2 u. 3. p. 155.

Tschmarke, Paul, Die bisher. Erfahrungen bei Aethernarkosen. Deutsche med. Wchnschr. XX. 4. vgl. a. 8. p. 185. — Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 12. p. 297.

Ullmann, Karl, Ueber die Verwendbarkeit des Europhens in d. Dermatotherapie. Internat. klin. Rundschau 3.

Ungar, Untersuchungen über d. Frage, ob längere Zeit durchgeführte Aethernarkosen eine tödtl. Nachwirkung im Gefolge haben können. Deutsche med. Wochenschr. XX. 8. p. 188.

Vas, Bernhard, Untersuchungen über d. antibakterielle u. antifermentative Wirkung einiger Bitterstoffe. Ungar. Arch. f. Med. II. 3 u. 4. p. 315.

Veasey, C. A, The use of subconjunctival injections of mercuric bichloride in various ocular affections. Therap. Gaz. 3. S. X. 1. p. 20. Jan.

Veratti, Luigi, Della cura della tigna favosa con l'acido acetico. Sperimentale XLVII. 2.

Villetti, Roberto, L'uso dell'ittiolo nei catarri uretro-vescicali. Rif. med. X. 22.

Vinton, Maria M., 9 drachms of bromide as a dose. New York med. Record XLV. 14. p. 440. April.

Vogel, Zur Aethernarkose. Deutsche med. Wochenschr. XX. 10. p. 231.

Volland, Zum salicyls. Natron b. d. entzündl. Ergüssen d. Brustraums. Therap. Monatsh. VIII. 2. p. 68.

Vulpius, Oscar, Krit. Bemerkungen u. prakt. Erfahrungen über das Antidiphtherin *Klebs*. Deutsche med. Wchnschr. XX. 6.

Washburn, W. H., Note on strychnine as a cardiac and respiratory stimulant. Therap. Gaz. 3. S. X. 2. p. 75. Febr.

Welander, Edvard, Kan qvicksilfverbehandling framkalla cylindruri och albuminurie? Hygiea LVI. 2. S. 105. — Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXVI. 3. p. 331.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Wilkin, Griffith Charles, Chloroform in nasal growths. Lancet I. 3. p. 179. Jan.

Willcox, Reynold W., A new method of administering creosote. New York med. Record XLV. 10. p. 299. March.

Winkler, Ferd., Die antituberkulöse Wirkung d. Guajakol-Jodoforms. Med. Post 3.

Wittzack, Herm., Notiz über das Lycetol (Dimethylpiperazinum tartaricum), ein harnsäurelösendes Mittel. Berlin. O. Coblentz. Gr. 8. 4 S. 1 Mk.

Woolley, B. M., Opium and its excessive use. New York med. Record XLV. 14. p. 444. April.

Wunderlich, O., Klin. Untersuchungen über d. Wirkung d. Aether- u. Chloroformnarkose auf d. Nieren. Beitr. z. klin. Chir. XI. 2. p. 534.

Zappert, Julius, Ueber d. Heilwirkung d. Antidiphtherin (*Klebs*). Wien. med. Wchnschr. XLIV. 13—16.

S. a. II. Ringer. III. Kerez. IV. 2. Petresco, Thorner, Reichard; 4. Strauch; 5. Schulz; 8. Büdinger, Féré, Potts; 9. Lindén; 10. Carrier, Faivre. V. 2. c. Demmler, Lyncker. VI. Rueder. VII. Eichacker. IX. Oestreicher. X. Ciserani, Snell. XII. Flesch. XIII. 3. Jennings. XIV. 3. Rockwell; 4. Theodossiew.

3) *Toxikologie.*

Adams, John, Death under nitrous oxide gas. Lancet I. 12; March.

Adams, Percy T., A case of strychnine poisoning. Brit. med. Journ. Febr. 10. p. 300.

Annequin, Des accidents produits par le fulminate de mercure. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIII. 4. p. 249. Avril.

Annino, B., Avvelenamento cronico da piombo. Arch. ital. di Clin. med. XXXII. 4. p. 724.

Bardet, Accidents dus au chloralose. Bull. de Thér. LXIII. 9. p. 57. Mars 8.

Blaschko, Ueber die Ursache der Vergiftung mit Vanilleeis. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 2. p. 362.

Blanks, J. H., Chloroform narcosis, should it be treated by the application of electricity to the pneumogastric. New York med. Record XLIV. 13. p. 415. March.

Bondi, Maximilian, Ein casuist. Beitrag zur Lehre von d. Nitrobenzolvergiftung. Prag. med. Wochenschr. XIX. 11. 12.

Brouardel, Sur l'intoxication rapide par l'oxyde de carbone des briquettes employées pour le chauffage des voitures. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 3. p. 76. Janv. 16.

Bushnell, G. E., The treatment of chronic alcoholism by hypnotic suggestion. Med. News LXIV. 13. p. 337. March.

Casey, Edward, A case of oyster poisoning. Brit. med. Journ. March 3. p. 463.

Corin, Gabr., u. George Ansiaux., Untersuchungen über Phosphorvergiftung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 2. p. 212.

Destrée, E., Le saturnisme et son traitement. Un nouveau signe pour le diagnostic. Journ. de Brux. LII. 12. p. 177. Mars.

Fischer, Louis, The opium habit in children. New York med. Record XLV. 7. p. 197. Febr.

Flatten, Hans, Vergiftung durch Carbolineum. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 2. p. 316.

Friedeberg, Ueber Intoxikationen durch Lysol u. Carbolsäure. Centr.-Bl. f. innere Med. XV. 9.

Gordon, Max, Beiträge zur Kochsalzinfusion b. Vergiftungen. Deutsche med. Wchnschr. XX. 12.

Guthrie, Leonard G., On some fatal after-effects of chloroform on children. Lancet I. 5; Febr.

Harris, Isham G., A case of quinine poisoning. New York med. Record XLV. 5. p. 138. Febr.

Herhold, Ein Fall von Aethertod. Deutsche med. Wchnschr. XX. 16.

Howetson and Flexner, A case of gas-poisoning. Bull. of the John's Hopkins Hosp. IV. 36. p. 126. Dec. 1893.

Hewitt, Frederic, Death under nitrous oxide gas. Lancet I. 14. p. 902. April.

Howarth, William J., Rapid supervention of symptoms of poisoning following the application of a belladonna plaster. Lancet I. 4; Jan.

Jennings, Oscar, An alleged antidote to morphia. Lancet I. 11. p. 711. March.

Johnson, George, Death under nitrous oxide gas. Lancet I. 13. 15. p. 832. 971. March, April.

Kelly, Howard A., Resuscitation in chloroform asphyxia. John's Hopkins Hosp. Rep. III. 7—9. p. 507.

Law, James, Unsuspected poisoning by sterilized meat and milk of tuberculous animals. New York med. Record XLV. 10. p. 292. March.

Lépine, R., Sur les accidents produits par l'antipyrine. Semaine méd. XIV. 16.

Lewin, L., Die Pfeilgifte. Histor. u. experimentelle Untersuchungen. Virchow's Arch. CXXXVI. 1. p. 83.

Linde, G., Ein Fall von Sublimatintoxikation. Med. 45. 47. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Lo Monaco, D., ed A. Trambusti, Le alterazioni degenerative e necrobiotiche per avvelenamento de fosforo in varie condizioni del ricambio materiale. Sperimentale XLVIII. I. p. 26.

Moissan, Henri, Sur les empoisonnements par l'oxyde de carbone. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 11. p. 249. Mars 13.

Motet, Intoxication par l'oxyde de carbone, autoobservation. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 3. p. 258. Mars.

Mudrowski, Eine tödtl. Vergiftung durch den Genuss stinkenden Seewassers. Therap. Monatsh. VIII. 3. p. 136.

Münzer, E., Der Stoffwechsel des Menschen bei akuter Phosphorvergiftung. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 3 u. 4. p. 199. 415.

Pässler, Hans, Akute Bleivergiftung b. Ekzem nach Behandlung mit Diachylonsalbe. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 5.

Phisalix, C., et G. Bertrand, Recherches sur les causes de l'immunité naturelle des couleuvres contre le venin de la vipère. Toxicité du sang des glandes venimeuses. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 423. Avril.

Popo, Percy, A large quantity of morphia (12 grains?) taken hypodermically with suicidal intent; recovery. Lancet I. 11. p. 669. March.

Reichel, Oscar, Ein Fall von akuter Phosphorvergiftung; Blutung in d. Nn. vagi; Compression d. Ductus thoracicus u. fehlender Ikterus; Glykosurie. Wien. klin. Wchnschr. VII. 9. 10.

Richter, Max, Ueber Cyanvergiftung. Prag. med. Wchnschr. XIX. 9. 10. 11.

Roque et Linossier, Intoxication par le chromate de plomb. Lyon méd. LXXV. p. 269. Févr.

Rosenthal, Ernst, Benzinvergiftung u. Benzinmissbrauch. Centr.-Bl. f. innere Med. XV. 13.

Sanger, Charles Robert, a) On the formation of volatile compounds of arsenic from arsenical wall papers. — b) On chronic arsenical poisoning. Proceed. of the Amer. Acad. of arts and sc. XXIX. p. 112. 148.

Stern, R., Ueber Nierenveränderung b. Sulfonalvergiftung. Deutsche med. Wchnschr. XX. 10.

Vas, Friedrich, Zur Kenntniss d. chron. Nicotin- u. Alkoholvergiftung. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIII. 2 u. 3. p. 141.

Walker, H. D., Case of attempted suicide by sulphate of morphin, treated by permanganate of potassium. Med. News LXIV. 14. p. 380. April.

Wyss, Oscar, Ueber Guajacolvergiftung. Deutsche med. Wchnschr. XX. 13. 14.

S. a. I. Sanger. III. Cavazzani, Darnall, Fraschetti, Kunkel, Masoin, Pándi. IV. 3. Zeissl; 5. Bonardi; 6. Vacholl; 8. Bernhardt,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Engel, Gumbertz, Müller, Plauth, Stopherd. V. I. Ris. IX. Guépin, Oestreicher, Ostermayer. X. Lombard, Snell. XIII. 1. Friedländer; 2. Andrews, Antal, Breed, Gianelli, Moor. XIV. 3. Prockwell. XV. Lehmann.

XIV. Allgemeine Therapie.

1) *Bäder und Kurorte; Klimatologie.*

Bädertag, d. 22. schlesische u. seine Verhandlungen, nebst d. med., d. statist. Verwaltungs- u. d. Witterungsberichte f. d. Saison 1893. Herausgeg. von *P. Dengler*. Reinerz. In Comm. d. L. Schirmer'schen Buchh. in Glatz. 8. 101 S.

Baldwin, W. W., A summer clinique in the Apennines. Lancet I. 7. 9; Febr., March.

Bergwall, J. E., Strömstad's hafskuranstalt. Eira XVIII. 5.

Clar, Conrad, Zur Klimatologie u. Hydrologie d. Küstenlands. Wien. klin. Wchnschr. VII. 10.

Dengler, Ueber Quellenschutz. 22. schles. Bädertag p. 40.

F., H., Der k. k. Kurort Krynica. Leipzig. B. Konegen. Gr. 8. 8 S. 60 Pf.

Gallagher, Francis W., The Rocky Mountain region, especially New Mexico. New York med. Record XLV. 10. p. 300. March.

Jaccoud, Les stations d'altitude dans la phthisie pulmonaire. Semaine méd. XIV. 13.

Kisch, E. Heinrich, Hypochondrie u. Balneotherapie. Therap. Monatsh. VIII. 2. p. 52.

Kisch, E. Heinrich, Ein neuer eisenhaltiger Sauerbrunnen Böhmens. Prag. med. Wchnschr. XIX. 12.

Leva, J., Ueber d. Einwirkung d. Tarasperwassers (Luciusquelle) auf d. Stoffwechsel. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 11. 12.

Levertin, Torpa mineralvatten. Hygiea LV. Tilläggsh. S. 258.

Manser, Zur Hygieine d. Kurorte. 22. schles. Bädertag p. 5.

Moissan, H., et L. Grimbert, Etude des eaux de Seltz et de quelques eaux minerales. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 12. p. 298. Mars 20.

Moses, Ueber Winterkuren. 22. schles. Bädertag p. 51.

Reed, Boardman, The classes of invalids most benefited at the Atlantic city. Therap. Gaz. 3. S. X. 1. p. 6. Jan.

Robin, Albert, Sur des demandes d'autorisation pour des sources d'eaux minérales. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 2. p. 37. Janv. 9.

Robin, Albert, Traitement hydro-minéral des albuminuries. Gaz. de Par. 10.

Rode, Ch., Laurvik Bad i Norge. Hosp.-Tid. 4. R. II. 10.

Scholz, Vorzüge u. Mängel d. Badelebens d. Jetztzeit. 22. schles. Bädertag p. 11.

Spitzer, W., Die Wirkung d. Karlsbader Thermalwassers auf d. Magenfunktionen. Therap. Monatsh. VIII. 4. p. 148.

Stern, P. von, Untersuchungen über d. Einfluss d. Harzburger Cordo-Quelle auf d. menschl. Stoffwechsel. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 10.

Winckler, Axel, Geschichte d. Bades Steben. Leipzig 1893. B. Konegen. 8. VII u. 83 S.

Witczak, Die Balneomethodik der Gegenwart. 22. schles. Bädertag p. 28.

S. a. IV. 3. Kerr.

2) *Hydrotherapie, Massage, diätet. Kuren.*

Baetz, E., Das heisse Bad in physiol. u. therap. Hinsicht. Bl. f. klin. Hydrother. IV. 3.

Baruch, Simon, The value of the cold bath in the treatment of asthenic diseases other than typhoid fever. Therap. Gaz. 3. S. X. 1. p. 5. Jan.

Curschmann, H., Zur mechan. Behandl. d. Hautwassersucht. Therap. Monatsh. VIII. 3. p. 95.

Dapper, C., Ueber d. Stoffwechsel b. Entfettungskuren. Beitr. z. Lehre vom Stoffw. II. p. 65.

Disqué, Die diätet. Küche, mit besond. Berücksicht. d. Diät u. d. physikal. Heilfaktoren b. Magen- u. Darmkrankheiten, Blutarmuth, Nervosität, Corpulens, Herzkrankheiten, Rheumatismus, Gicht u. Zuckerkrankheit. Leipzig. O. Spamer. Gr. 8. IV u. 176 S. 1 Mk. 50 Pf.

Juhel-Rénoy, Les indications cliniques des bains froids dans les pyrexies aiguës. Gaz. de Par. 10.

Le Gendre, Enveloppements humides du thorax. Mercredi méd. 12.

Mitchell, John K., Vorläuf. Mittheilung über d. Wirkung d. Massage auf d. Blutbeschaffenheit. Bl. f. klin. Hydrother. IV. 3.

Schütz, G., Zur med.-mechan. Behandl. von Verletzungen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. I. 1. p. 9.

Stephen, G. Caldwell, A contribution to the technique of the cold bath treatment in typhoid fever. Brit. med. Journ. Jan. 20. p. 127.

Storoscheff, H., Die physiolog. Wirkung d. Abreibungen u. d. Uebergiessungen nach russ. Untersuchungen. Bl. f. klin. Hydrother. IV. 2.

Topp, Rudolf, Ueber d. Einfluss heisser Bäder auf d. menschl. Organismus. Therap. Monatsh. VIII. 2. p. 55.

Winternitz, W., Neue Untersuchungen über Blutveränderungen nach therm. Eingriffen. Med. Post 3.

Wischnewetzky, L., Mechanical vibration in the treatment of disease. New York med. Record XLV. 2. p. 62. Jan.

S. a. IV. 2. Petrosco, Ssmirnow; 3. Le Gendre, Metcalfe, Traub; 5. Einhorn, Mathieu, Winternitz; 6. White; 8. Huchard; 9. Lasserre. V. 1. Michon; 2. d. Halberstamm. VIII. Schumann. XI. Vulpius.

3) *Elektrotherapie.*

d'Arman, Dominicus, Ueber d. elektr. Leitungsfähigkeit d. menschl. Körpers. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 5. p. 190.

Burci, E., et V. Frascani, Contribution à l'étude de l'action bactéricide du courant continu. Arch. ital. de Biol. XX. 2 e 3. p. 227.

Engelmann, George J., The interrupted high-Voltage primary, or mixed, current. Med. News LXIV. 5. p. 120. Febr.

Hoorweg, J. L., Ueber eine neue Methode der elektrodiagnost. Untersuchung. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 5 u. 6. p. 451.

Howard, J. L., Electricity in the treatment of goître. Amer. Pract. and News XVII. 3. p. 90. Febr.

Monell, S. H., A new and original method of correcting the „reserve" of the positiv static charge. New York med. Record XLV. 8. p. 235. Febr.

Rockwell, A. D., The action of electricity on the pneumogastric; is it of value in chloroform narcosis? New York med. Record XLV. 8. p. 236. Febr.

Schooler u. Albrand, Experimentelle Studie über galvanolytische kataphorische Einwirkungen auf d. Auge. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. 30 S. 1 Mk.

Sperling, Die therapeut. Bedeutung minimaler galvan. Ströme. Deutsche med. Wchnschr. XX. 12. p. 278.

S. a. I. *Elektrotechnik.* II. *Elektrophysiologie.* IV. 5. John; 8. Bernhardt, Glogner, Gumpertz; 10. Bayet. V. 1. Kaarsberg; 2. d. Massey. VI. Rendu. X. Kessler, Pansier. XI. Rice. XIII. 3. Blanks.

4) *Verschiedenes.*

Allinson, T. R., Hygien. Heilkunst d. sicherste Weg zur Gesundheit. Autoris. Uebers. a. d. Englischen. Hagen i. W. 1893. Herm. Risel u. Co. 8. 92 S. 1 Mk.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Aronson, Hans, Die Grundlagen d. Blutserumtherapie. (Berl. Klin. 63.) Berlin. Fischer's med. Buchh. Gr. 8. 42 S. 60 Pf.

Banti, G., La sieroterapia. Sperimentale XLVIII. 6.

Berg, Henrik, Lönnerbergs inhalator. Eira XVIII. 6.

Berlioz et Duflocq, Application de l'antisepsie à l'emploi de la méthode hypodermique. Bull. de Thér. LXIII. 5. p. 17. Févr. 8.

Blum, F., Ueber einige Anwendungen von Ruhe u. geeigneter Lagerung b. Behandl. innerer Krankheiten. Bl. f. klin. Hydrother. IV. 2. 6.

Browning, William, Modern homoeopathy, its absurdities and inconstistencies. Philadelphia. Press of Wm. Fell and Co. 8. 32 pp

Brügelmann, Wilh., Psychotherapie u. Asthma. Ztschr. f. Hypnot. II. 4. p. 107.

Denison, Charles, The air pressure inhaler and exhaler. New York med. Record XLV. 6. p. 190. Febr.

Denti, Battista, Del salasso. Gazz. Lomb. 7.

Dubois, Ueber d. therapeut. Verwerthbarkeit d. Vaguscompression. Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 7. p. 224.

Duflocq et Berlioz, Application de l'antisepsie à l'emploi de la méthode hypodermique. Arch. de Méd. expérim. VI. 1. p. 115. Janv.

Eeden, F. van, Eenige opmerkingen over algemeene therapie. Nederl. Weekbl. I. 10.

Ewald, C. A., Zur Behandl. d. Anasarka Deutsche med. Wchnschr. XX. 11.

Feis, O., Zur Frage u. Technik d. subcutanen Kochsalzinfusion b. akuter Anämie. Therap. Monatsh. VIII. 2. p. 50.

Felkin, R. W., Note on the administration of organic extracts. Edinb. med. Journ. XXXIX. 8. p. 724. Febr.

Fleury, Maurice de, Les transfusions hypodermiques agissent-elles par suggestion? Bull. de Thér. LXIII. 7. p. 26. Févr. 22.

Forel, A., Zur Hypnose als Heilmittel. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 8.

Friedrich, L., Die Hypnose als Heilmittel. Ann. d. städt. Krankenh. in München p. 113.

Fürbringer, Ueber d. moderne Behandlung von Krankheiten mit Gewebsflüssigkeiten. Deutsche med. Wchnschr. XX. 14.

Grätzer, Eugen, Die therapeut. Praxis d. Arztes bei 455 Krankheitsformen. 3. Aufl. Berlin. Neuwied. Heuser's Verl. 8. XII u. 223 S. 6 Mk.

Grigorescu, G., Augmentation de la vitesse des impressions sensitives dans la moelle épinière chez les ataxiques, sous l'influence du liquide testiculaire. Arch. de Physiol. 5. S. VI. 2. p. 412. Avril.

Jennings, Charles E., Transfusion and saline intravenous injection. Brit. med. Journ. Jan. 20. p. 162.

Jessner, S., Therapeut. Neuigkeiten auf d. Gebiete d. Hautkrankheiten u. Syphilis. Kritische Besprechung. Berlin. Fischer's med. Buchh. 8. 131 S. 2 Mk.

Loimann, Gustav, Ueber d. Anwendung thierischer Organsäfte, insbesond. des Brown-Séquard'schen Hodenextraktes als Heilmittel. Prag. med. Wchnschr. XIX. 15.

Magill, Wm. S., New and rapid method of anaesthesia. New York med. Record XLV. 2. p. 61. Jan.

Menzies, J. D., Thyroid extract in washerwoman's eczema and as a local application. Brit. med. Journ. March 24. p. 633.

Michael, J., Behandl. d. Anasarka. Deutsche med. Wchnschr. XX. 8.

Page, Charles E., Should therapeutic fasting be termed starving? Its employment in typhoid fever and other diseases. New York med. Record XLV. 8. p. 230. Febr.

Pembrey, M. S., and A. Gürber, On the influence of bleeding and transfusion upon the respiratory exchange. Journ. of Physiol. XV. 6. p. 449.

Přibram, Alfred, Grundzüge d. Therapie. Prag. med. Wchnschr. XIX. 3—7. 9. 11. 13. 14. 15.

Reiersen, A. C., Om Injektionsbehandling efter *Brown-Séquard's* Methode. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 9. 10.

Schofield, A. T., On mental therapeutics. Lancet I. 5; Febr.

Schweninger, Kur u. Kuren. [Samml. med. Abhandl. 1.] Wien. M. Merlin. Gr. 8. 12 S. 80 Pf.

Séringue à injections hypodermiques du Dr. *Félizet*. Gaz. des Hôp. 38.

Sonnenburg, Modificirter *Beck*'scher Krankenheber. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 12. p. 299.

Stowell, William L., A new hypodermic syringe. New York med. Record XLV. 10. p. 319. March.

Sturgis, Russell, The use of suggestion during the hypnosis of the first degree, as a means of modifying or of completely eliminating a fixed idea. New York med. Record XLV. 7. p. 193. Febr.

Theodossjew, M., Ueber Kalisalze in d. Nahrung fiebernder Kranker. Med. 41. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 1.

Wolffberg, Gummiflasche mit einfachem Verschluss zu Warmwasser- u. Luftfüllung. Therap. Monatsh. VIII. 2. p. 70.

S. a. III. Antonkonenko, Buchner, Ehrlich, Fürbringer, Gottstein, Lorenz. IV. 2. Behring, Clarke, Doerfler, Fedorow, Heubner, Tavel, Tizzoni; 5. Forel; 6. Denti; 8. Beadles, Cowles, Little, Nielssen, Schotten. von Schrenck, Shattuck, Thomson, Wood; 9. Mann; 10. Bramwell, Pawlowsky. V. 1. Grossmann. VIII. Hassenstein. IX. Ryan. XIII. 3. Bushnell. XVI. Delboeuf.

XV. Hygieine. Sanitätspolizei. Gewerbekrankheiten.

Altschul, Theodor, Die Frage d. Ueberbürdung unserer Schuljugend vom ärztl. Standpunkte. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 15. 16.

Balland et Masson, Stérilisation du pain de munition et du biscuit. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 2. p. 115. Févr.

Bericht über d. öffentl. Gesundheitswesen d. Reg.-Bez. Merseburg f. d. JJ. 1889, 1890 u. 1891, erstattet von *E. Wolff*. Merseburg. F. Stollberg. Gr. 4. IV u 144 S. 4 Mk.

Bericht, 3., der vom ärztl. Bezirksverein München zur Prüfung d. Einflusses d. Steil- u. Schrägschrift (Schiefschrift) gewählten Commission. München. J. F. Lehmann's Verlag. Gr. 8. 26 S. mit 1 graph. Fig. u. 1 Tab. 1 Mk. — Münchn. med. Wchnschr. XLI. 4. 5. 6.

Bogdán, Aladár, Versuche über d. Leistungsfähigkeit d. Freiherr *v. Kuhn*'schen Asbestfilter. Militärarzt XXVIII. 4.

Bokorny, Th., Ueber d. Betheiligung chlorophyllführender Pflanzen an d. Selbstreinigung d. Flüsse. Arch. f. Hyg. XX. 2. p. 181.

Boulengier, Eléments d'appréciation de la valeur hygiénique des eaux alimentaires. Presse méd. LXVI. 10.

Bovet, La biscotte de légumine comme succédanée du pain dans l'alimentation des malades. Bull. de Thér. LXIII. 1. p. 253. Janv. 8.

Brault, J., Ecchymoses professionelles chez les individus qui se livrent à l'exercice du saut. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. V. 3. p. 305.

Brouardel et Du Mesnil, Drainage des cimetières à propos de l'agrandissement du cimetière de Saint-Rambert (Loire). Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 2. p. 111. Févr.

Brunner, Ueber d. Sterblichkeit d. Fabrikarbeiter im Amtsbezirke Schopfheim. Bad. ärztl. Mittheil. XLVIII. 1. 2.

Büsing, Fr. W., Die Sicherheit in Theatern u. in

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

grösseren Versammlungs-Räumen. [Handb. d. Hyg., herausgeg. von *Th. Weyl* VI. 2.] Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. S. 117—140.

Buttersack, Zur Kenntniss d. Vaccine. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 9.

Degener, Paul, Die Forderungen d. Hygieine an d. Beseitigung städtischer Kanalwässer durch Berieselung. Frankfurt a. M. Jaeger's Verl. Gr. 8. 26 S. 1 Mk.

Delore, X., Des vidanges. Lyon méd. LXXV. p. 321. 400. Mars.

Dembo, J. A., Das Schächten im Vergleich mit andern Schlachtmethoden. Vom Standpunkte d. Humanität u. Hygieine. Leipzig. H. Roskoschny. 8. 116 S. 3 Mk. 50 Pf.

Dembo, J. A., Anatom.-physiolog. Grundlagen d. verschiedenen Methoden des Viehschlachtens. Leipzig. H. Roskoschny. 8. 46 S. 1 Mk. 20 Pf.

Desinfektionen paa det kgl. Frederiks Hospital. Hosp.-Tid. 4. R. II. 8.

Diverneresse, Ch., Aseptisation des terres contaminées avant leur transport et leur mise en culture. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 3. p. 235. Mars.

Dorssen, J. M. H. van, De vaccine op Java en in den Oost-Indischen Archipel van 1804 tot 1820. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXIV. 1. blz. 17.

Ducamp et Louis Planchon, Etude bactériologique de l'eau d'alimentation de Montpellier. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 3. p. 224. Mars.

Duhourcau, A propos de la vaccination par grattage. Bull. de Thér. LXIII. 12. p. 284. Mars 30.

Du Mesnil, O., Projet de forage d'un nouveau puits artésien à Saint-Denis. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 4. p. 360. Avril.

Dunbar, F. A., Impure ice. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 11. p. 261. March.

Esmarch, E. v., Ueber Sonnendesinfektion. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XVI. 2. p. 257.

Faries, Randolph, Physical education. Med. News LXIV. 7. p. 173. Febr.

Fitzau, H., Der Einfluss d. Würzburger Schwemmkanalisation auf den Main. Würzburg. Stahel. Gr. 8. 16 S. mit 1 Plane. 1 Mk.

Fletcher, Thos., Cooking by gas; the sanitary aspect. Brit. med.. Journ. March 16. p. 552.

Fränkel, Carl, Die Einleitung d. Abwässer Marburgs in d. Lahn. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 2. p. 321.

Friis, St., Fortgesetzte Untersuchungen zur Beleuchtung d. Frage, ob unsere Handelsmilch Ansteckungsgefahr mit Bezug auf Tuberkulose enthält, u. wo diese Gefahr in Sonderheit zu suchen ist. Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XX. 2 u. 3. p. 195.

Gayon et Dubourg, Sur les vins mannités. Ann. de l'Inst. Pasteur VIII. 2. p. 109. Févr.

Gibert, Les maladies épidémiques au Havre et son assainissement. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXI. 15. p. 351. Avril 10.

Glaser, Leopold, Ueb. Brunnenanlagen u. Standgefässe f. gekochtes Wasser auf Grund bakteriolog. Untersuchungen. Inaug.-Diss. Dorpat (Jurjew). Karow. Gr. 8. 90 S. 2 Mk.

Gowan, P., Vaccinia and variola. Lancet I. p. 236. Jan.

Grandhomme, Die Fabriken d. Aktiengesellschaft Farbwerke, vormals Meister, Lucius u. Brüning zu Höchst a. M. in sanitärer u. socialer Beziehung. 3. Aufl. Frankfurt a. M. Mahlau u. Waldschmidt. Gr. 4. VI u. 89 S. mit 1 Lichtdrucktafel. 6 Mk.

Gundobin, N., Zur Frage von d. Schutzpockenimpfung. Jahrb. f. Kinderhkde. XXXVIII. 3 u. 4. p. 345.

Hammer, Hans, Die Wasserversorgung d. Stadt Gablonz a. N. Prag. med. Wchnschr. XIX. 10.

Henius, Bemerkungen über d. Desinfektion nach ansteckenden Krankheiten. Deutsche med. Wchnschr. XX. 11.

Jackson, George Thomas, The barber-shop as a contagion. New York med. Record XLV. 14. p. 426. April.

Jacob, Ernest H., Cooking by gas; the sanitary aspect. Brit. med. Journ. Febr. 24. p. 437.

Jadassohn, J., Bericht über eine zum Studium d. Prostitution u. d. Prophylaxe d. vener. Krankheiten unternommene Reise. Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XXIII. 2. p. 193.

Jahresbericht über d. Fortschritte in d. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genussmittel, bearb. von *H. Beckurts*. 2. Jahrg. 1892. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. Gr. 8. 151 S. 3 Mk. 60 Pf.

Kamm, Max, Wissenschaftl. Kritik d. gegen d. Verbreitung d. Cholera im Laufe d. J. 1892 in Preussen getroffenen sanitätspolizeil. Maassregeln u. der gegen letztere erhobenen Einwendungen. Aerztl. Praktiker 7—8.

Katz, R., Die Beleuchtung d. Schulzimmer auf d. russ. hyg. Ausstellung zu St. Petersburg. Westn. oft. Nov.—Dec. 1893. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit.. 1. 1894.

Knapp, Mark J., The relations of vegetable diet to growth. New York med. Record XLV. 10. p. 315. March.

Kratzert, Bemerkungen zum Seuchengesetzentwurf. 22. schles. Bädertag p. 20.

Krug, B., Ueber Fleischmast b. Menschen. Beitr. zur Lehre vom Stoffw. VI. p. 83.

Lang, Eduard, Ueber Vorbauung d. vener. Krankheiten. [Wien. Klin. 1.] Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. S. 1—14. 75 Pf.

Lehmann, K. B., Hyg. Untersuchungen über Mehl u. Brot mit besonderer Berücksicht. d. gegenwärtig in Deutschland üblichen Brotkost. IV. Ueber d. hyg. Bedeutung d. Säuregehaltes d. Brotes. Arch. f. Hyg. XX. 1. p. 1.

Lehmann, K. B., Experimentelle Studien über techn. u. hyg. wichtige Gase u. Dämpfe auf d. Organismus. VII. Schwefelkohlenstoff u. Chlorschwefel. Unter theilweiser Mitwirkung von *Nakahuma, Mori, S. Rosenblatt* u. *M. Hertel*. Arch. f. Hyg. XX. 1. p. 26.

Leuf, A. H. P., The effect of athletics in the Philadelphia preparatory schools as to mental and moral character. Med. News LXIV. 14. p. 368. April.

Levison, F., Ligbrändingens Historie i Danmark. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 16.

Ligbrändning og Kirkegaardene. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 8.

Lop, P. A., Variolo-vaccine (unicité du virus). — Transmission héréditaire de l'immunité vaccinale. Gaz. des Hôp. 12.

Mäurer, Der Kafill-Desinfektor in Spandau. Centr.-Bl. f. allg. Gesbpfl. XVIII. 1 u. 2. p. 22.

Martin, Ernest, Les dangers du lait et les grandes exploitations laitières. Gaz. de Par. 3.

Martius, Wilhelm, Ersatz für Branntwein u. andere starke Getränke. Hildesheim. Gebr. Gerstenberg. 8. 16 S. 20 Pf.

Menicanti, G., u. W. Prausnitz, Untersuchungen über d. Verhalten verschied. Brotarten im menschl. Organismus. Mit Zusatz von *Prausnitz*. Ztschr. f. Biol. XXX. 3. p. 328. 365.

Meyer, F. Andreas, Regulirung der Abflussmengen aus Filtern. Centr.-Bl. f. allg. Gesbpfl. XIII. 3 u. 4. p. 81.

Monse, Stellung zur Volksbadfrage. 22. schles. Bädertag p. 37.

Nencki, Ueber d. Verwendung d. Fichtentheers zur Desinfektion. Wratsch 43. — Petersb. med Wochenschr. Russ. med. Lit. 2.

Osthoff, Georg, Anlagen f. Versorgung d. Städte mit Lebensmitteln. Markthallen, Schlachthöfe u. Viehmärkte. [Handb. d. Hyg., herausg. von *Th. Weyl* VI. 1.] Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. S. 1—79 mit 22 Abbild. 1 Mk. 50 Pf.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Palmberg, A., Undersökning af de sanitära förhållandena på Gråhara och förslag till förbättrande af desamma. Finska läkaresällsk. handl. XXXVI. 1. S. 17.

Paul, Constantin, Du régime alimentaire des nourrices. Bull. de Thér. LXIII. 5. p. 6. Févr. 8.

Paulisch, Otto, Anomalien u. Verfälschungen d. Bieres vom sanitätspolizeil. Standpunkte. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XIII. 1—4. p. 44. 110.

Pelc, Ignaz, Bericht über d. sanitären Verhältnisse im Königreiche Böhmen f. d. J. 1892. Prag. In Comm. d. Calve'schen Buchh. Gr. 4. 231 u XXVII S. mit Tafeln u. Karten.

Pellizzari, Celzo, L'avortement d'une réforme à propos d'un rapport du Prof. *Tarnowsky* sur la prostitution en Italie. Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 3. 4.

Pettenkofer, M. v., Maassregeln gegen d. Cholera, hier d. sanitären Verhältnisse d. Irrenanstalten, Siechenhäuser, Arbeitshäuser, Gefangen- u. Strafanstalten. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 10.

Piefke, C., Ueber d. Betriebsführung von Sandfiltern auf Grundlage der z. Z. gültigen sanitätspolizeil. Vorschriften. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XVI. 1. p. 151. p. 151.

Piffard, Henry G., The Babcock test as a means of determinating the commercial and nutritive value of milk (bovine and human). New York med. Record XLV. 2. p. 46. Jan.

Rafinesque, Vaccination par grattage. Rull. de Thér. LXIII. 6. p. 141. Févr. 15.

Rafinesque, G., et Paul Raymond, Le procédé du grattage dans la vaccination. Bull. de Thér. LXII. 8. p. 172. Febr. 28.

Russell, James B., Food-preservatives in relation to the provisions of the food and drugs acts. Glasgow med. Journ. XLI. 2. p. 87. Febr.

Schaefer, Die Gewerbekrankheiten d. Glasarbeiter. Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXVI. 2. p. 273.

Schierbeck, N. P., Undervisningen i Hygiene ved Udlandets Universiteter. Hosp.-Tid. 4. R. II. 2.

Schmidt, F. A., Die Jugendspiele als nothwendige Ergänzung d. Turnunterrichts. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XIII. 3 u. 4. p. 97.

Schultze, R., Volks- u. Hausbäder. [Handb. d. Hyg., herausg. von *Th. Weyl* VI. 2.] Jena. Gust. Fischer. Gr. 8. S. 83—140.

Sendtner, Rud., Das Grundwasser in d. einzelnen Stadttheilen Münchens. Als Beitrag zur hyg. Beurtheilung d. Untergrundes d. Stadt. München. M. Rieger'sche Univ.-Buchh. Gr. 8. 243 S. mit 1 Plan auf 4 Bl. 12 Mk.

Smith, Andrew H., Caison disease. New York med. Record XLV. 5. p. 130. Febr.

Solbrig, Ueber d. Prophylaxis vom sanitätspolizeil. Standpunkte. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 2. p. 338.

Sormani, G., Ueber einige Experimentalstudien aus d. hygiein. Institut d. Universität Pavia. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 14.

Sticker, Die Nothwendigkeit von Verbrennungsöfen f. Seuchencadaver. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XIII. 1 u. 2. p. 29.

Stutzer, A., u. O. Knublauch, Untersuchungen über d. Bakteriengehalt d. Rheinwassers oberhalb u. unterhalb d. Stadt Köln. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XIII. 3 u. 4. p. 123.

Thompson, W. Gilman, Notes on caison discase. New York med. Record XLV. 5. p. 133. Febr.

Tienken, Chr. G., Die nächsten Ziele d. Alkoholgegner in Deutschland. Internat. Mon.-Schr. z. Bekämpf. d. Trinksitten 1.

Toms, S. W. S., Tetanus complicating vaccinia. Med. News LXIV. 8. p. 209. Febr.

Traube, Moritz, Einfaches Verfahren, Wasser in grossen Mengen keimfrei zu machen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XVI. 1. p. 149.

Travail des enfants, des filles mineures et des femmes. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 3. p. 276. Mars.

Trinkgeld, Hyg. Untersuchungen auf d. Lande. Münchn. med. Wchnschr. XL. 52. 1893.

Varming, Hygiejniske Forhold i Jelling By. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 7.

Weyl, Einfl. hygiein. Maassnahmen auf d. Gesundheit Berlins. Deutsche med. Wchnschr. XX. 4. 5. 6. 7. 11. 15. p. 87. 122. 147. 171. 273. 368.

Weyl, Theodor, Die Assanirung Neapels. Vierteljahrschr. f. öff. Geshpfl. XXVI. 2. p. 246.

S. a. I. Béchamp, Sior. II. Adrian, Harley, Kayser, Kraepelin, Munk, Reusz. III. Afanassiew, Alessi, Babes, Du Bois, Giersing, Hertz, Weigmann. IV. 2. Atkinson; 2. Beale, Chalmers, Chantemesse, Devaux, Di Mattei, Pettenkofer, Proust; 6. Vachell, White; 7. Eccles; 8. Frere; 9. Chew; 11. Carry, Wheaton. V. 2. c. Dujardin. VII. Liebe. VIII. Boulton, Guyon, Schmid, Seydel. X. Dedurin, Hopgood. XIII. 2. Abraham, Heissler, Jawein; 3. Blaschko, Brouardel, Casey, Hewetson, Law, Moissan, Motet, Langer, Vas. XIV. 1. Manser, Scholz; 2. Disqué, *Gymnastik;* 4. Atkinson, Menzies. XVII. Antony. XIX. Becker. XX. Greene, Hjelt, Simonsen.

XVI. Staatsarzneikunde. Gerichtliche Medicin.

Bateman, Frederic, On criminal anthropology. Edinb. med. Journ. XXXIX. 8. p. 697. Febr.

v. Bergmann, Superarbitrium d. kön. wissenschaftl. Deputation f. d. Medicinalwesen, betr. Mord eines Kindes. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 2. p. 195.

Blasius, H., Der Werth der Photographie f. d. Begutachtung Unfallverletzter. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. I. 1. p. 3.

Brouardel, Le secret médical. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 4. p. 289. Avril.

Dagonet, H., L'expertise médico-légale en matière d'aliénation mentale. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 2. p. 97. Févr.

Delboeuf, J., Die verbrecherischen Suggestionen. Ztschr. f. Hypnot. II. 6. p. 177.

Dynamite et dynamiteurs. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 4. p. 321. Avril.

Field, Matthew D., The influence of the attending physician in litigation cases. Journ. of nerv. and ment. Dis. XIX. 3. p. 159. March.

Flinn, D. Edgar, Recent delopments in State medicine. Dubl. Journ. XCVII. p. 231. March.

Giraud, A., La proposition de loi sur le régime des aliénés. Ann. méd.-psychol. 7. S. XIX. 2. p. 185. Mars—Avril.

Hamm, Die Hinaufrückung d. Strafmündigkeit vom 12. auf d. 14. Lebensjahr. [Samml. pädagog. Vortr. 12.] Bielefeld. A. Helmich's Buchh. 8. S. 9—12.

Hofmann, E. v., Mord durch Stichwunden; Bestimmung d. Todeszeit. Wien. klin. Wchnschr. VII. 5.

Jones, S. S., Sterilization in criminology. New York med. Record XLV. 6. p. 188. Febr.

Kamm, Max, Die gerichtsärztl. Beurtheilung von Stichwunden am Halse. Aerztl. Rundschau 2. 3.

Kiliani, Otto G. T., Kunstfehler. New Yorker med. Mon.-Schr. VI. 2. p. 62. Febr.

Kirn, Ueber d. gegenwärt. Stand d. Criminalanthropologie. Allg. Ztschr. f. Psych. L. 3 u. 4. p. 705. — Bad. ärztl. Mittheil. XLVIII. 5.

Marx, Gutachten über einen Fall von Querulantenwahn. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 2. p. 233.

Mason, Philip B., Apparent death. Lancet I. 4. p. 235. Jan.

Morrison, William Douglas, Decrease of the prison population. Lancet I. 10. p. 640. March.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Müller, Georg, Eine einfache Methode, simulirte Schmerzen zu diagnosticiren. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. I. 1. p. 20.

Partsch, C., Die Begutachtung von Unfallverletzungen. Breslau. Preuss u. Jünger. 16. II u. 56 S. 80 Pf.

Patmore, Tennyson, Some points bearing on „malingering". Brit. med. Journ. Febr. 3.

Skrzeczka, Superarbitrium d. kön. wissenschaftl. Deputation f. d. Medicinalwesen, betr. d. wegen Raubmords angeklagten Dachdecker Carl B. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. VII. 2. p. 204.

Smith, E. Cloëte, An unnecessary exhumation. Lancet I. 5. p. 301. Febr.

Weir, James, Criminal anthropology. New York med. Record XLV. 2. p. 42. Jan.

S. a. I. Becker, Röhmann, Sanger. III. Babes. IV. 8. Vibert, Wichmann. V. 2. c. Cordwent. VI. Thiem. VII. Hyernaux. IX. Camuset, Dessoir, Grabowsky, Krafft, Pontoppidan, Sioli, Snell. X. Barthélemy, Nieden, Swerver. XVII. Rigal. XX. Hjelt.

XVII. Militärärztliche Wissenschaft.

Antony, F., Etat sanitaire de l'armée anglaise en 1890. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 4. p. 308. Avril.

Ewing, Charles B., The selection and physical examination of the recruit. New York med. Record XLV. 11. 12. p. 329. 355. March.

Frölich, H., Krankheit u. Tod im österr.-ungar. u. im deutschen Heere. Prag. med. Wchnschr. XIX. 9.

Frölich, H., Persönl. Ausstattung d. Feldarztes. Militärarzt XXVIII. 7.

Jacoby, Eugen, Ein Vorschlag zur Bewältigung d. Verwundetentransports im Zukunftskriege. Militärarzt XXVIII. 7.

Kirchenberger, Die ältesten reglementarischen Bestimmungen, d. Sanitätsdienst im k. u. k. Heere betreffend. Militärarzt XXVIII. 2. 4.

Körting, Alphabet. Anordnung der b. d. Untersuchung von Militärpflichtigen u. Rekruten in Betracht kommenden Fehler, mit Bezugnahme auf d. Heerordnung vom 22. Nov. 1888 u. ihre Abänderung vom J. 1893. Berlin. E. S. Mittler u. Sohn. Gr. 8. 17 S. 35 Pf.

Langenbuch, Nochmals über d. erste Versorgung Leichtverwundeter auf d. Schlachtfelde. Deutsche med. Wchnschr. XX. 9. 10. 12.

Osler, William, The army surgeon. Med. News LXIV. 12. p. 318. March.

Rigal, A., De la folie par commotion cérébrale et de ses rapports avec la législation militaire. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXI. 4. p. 340. Avril.

Schwiebs, Die Gewährung von Unfallrenten an Angehörige d. deutschen Armee. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. I. 1. p. 22.

S. a. IV. 1. Frölich; 2. Prieur. V. 1. Brunner, Esmarch, Nelis, Nimier. XV. Balland. XIX. Rupprecht. XX. Zinner.

XVIII. Thierheilkunde. Veterinärwesen.

Arzneitaxe, thierärztliche, f. d. Königr. Sachsen. 7. Aufl. 2. Nachtrag auf d. J. 1894. Dresden. C. C. Meinhold u. Söhne. Gr. 8. 2 S. 15 Pf.

Bass, Eugen, Die Sterilität d. grössern Hausthiere. Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XX. 2 u. 3. p. 146.

Bollinger, O., Ueber d. Identität d. Perlsucht d. Rinder mit der menschl. Tuberkulose. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 5.

Friis, St., Bruch d. Fesselbeins. Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XX. 2 u. 3. p. 186.

Goering, Ph. J., Veterinärpersonal-Verzeichniss d. deutschen Reichs. Zugleich 2. Theil von *Goering's* veterinärärztl. Taschenbuch pro 1894. Würzburg. Stahel. Gr. 16. 104 S. 1 Mk.

Hannicke, Carl R., Ueber Keratitis parenchymatosa b. Bären. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXII. p. 136. April.

Küsters, H., Beurtheilung u. Behandl. d. Fohlenhufe. Berlin. P. Parey. 8. 29 S. mit 17 Abbild. 50 Pf.

Peters, Fr., Ein Beitrag zur Entstehungsweise d. Brustseuche d. Pferde. Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XX. 2 u. 3. p. 127.

Ricochon, De la rage dans les Deux-Sèvres (1807—1892). Gaz. hebd. 2. S. XXXI. 7.

Wright, Sydney F., Septic endocarditis in a calf. Pathol. Soc. Transact. XLIV. p. 227. 1893.

Zürn, F. A., Die hauptsächlichsten inneren Krankheiten d. Haussäugethiere. 2. (Titel-) Ausg. Weimar. B. F. Voigt. Gr. 8. XVI u. 229 S. mit 59 Abbild. 4 Mk.

S. a. I. Béchamp. II. *Zoologie, Zootomie, vergleich. Anatomie u. Physiologie.* III. *Experimentelle, vergleich. Pathologie.* IV. 2. Goldschmidt, Proust, Sittmann. XI. Peter. XV. Dembo, Osthoff, Piffard.

XIX. Medicin im Allgemeinen. Ausbildung der Aerzte. Standesinteressen. Hospitäler. Volksschriften. Statistik.

Abbott, Samuel W., National registration a necessity. Boston med. and surg. Journ. CXXX. 6. p. 137. Febr.

Annalen d. städt. allgem. Krankenhäuser zu München, herausgeg. von *H. v. Ziemssen.* VI. Bd. 1890—1892. München. J. F. Lehmann. Lex.-8. IV u. 477 S. mit 19 Abbild. 10 Mk.

Arboe, Th., Aarhus' ny Kommunehospital. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 13.

Becker, Herm., Verwaltungsbericht über d. Sanitäts- u. Medicinalwesen d. Reg.-Bez. Hannover in d. JJ. 1889—1891. Berlin. J. Springer. Gr. 8. III u. 128 S. 3 Mk.

Birkerod, Meddelelser fra Nyborg civile Sygehus. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 9.

Brauser, Aus d. preuss. Aerztekammern. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 12.

Bryant, Thomas, On some subjects of public and professional interest. Lancet I. 6; Febr.

Congress russ. Aerzte, gehalten zu St. Petersburg vom 8.—12. Jan. 1894. Wien. med. Presse XXXV. 7. 8. 10. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 3.

Congress, 11. internat. med. zu Rom. Deutsche med. Wchnschr. XX. 14. 15. 16. — Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 15. — Münchn. med. Wchnschr. XLI. 15. 16. — Wien. med. Wchnschr. XLIV. 15. 16. — Wien. med. Presse XXXV. 17. — Rif. med. X. 76—88. — Gazz. degli Osped. XV. 43—45. — Brit. med. Journ. March 31., April 7. 14. — Lancet I. 15; April. — Semaine méd. XIV. 21.

Cunningham, R. M., The morbidity and mortality of negro convicts. Med. News LXIV. 5. p. 113. Febr.

Du Bois-Reymond, F., Bemerkungen zu den Grundzügen f. d. Neugestaltung d. med. Prüfungen. Deutsche med. Wchnschr. XX. 6.

Englund, N., Utredning för en mindre epidemisjukstuga. Eira XVIII. 1.

Erblichkeit s. II. *Haacke, Mantegazza, Tubby.* III. *Reisz.* IV. 5. *Boix;* 8. *Bernard, Brissaud, Coley, Féré, Hirschberg, Schultze;* 11. *Etienne.* IX. *Bourdin.*

Festschrift, *Alexander Rollett* zur Feier seines 30jähr. Jubiläums als Prof. an d. med. Fakultät in Graz gewidmet. Jena. Gust. Fischer. Imp.-4. VII u. 170 S. mit 53 Abbild. u. 8 Tafeln. 20 Mk.

von Fetzer, Das Karl-Olga-Krankenhaus in Stuttgart. Württemb. Corr.-Bl. LXIV. 8.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Förster's, C., med. Taschenkalender 1894. Neu bearb. von *Alb. Behr*. Riga. Jonck u. Poliewsky. Gr. 16. IV S., Schreibkal. u. 92 S. mit 1 Tafel. 3 Mk. 60 Pf.

Foster, Michael, On the organisation of science. Brit. med. Journ. April 7.

Fürst, Die Morbiditätsstatistik d. Stadt Schweinfurt. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 16.

Gauster, Moriz, Ueber Rechte u. Pflichten der Aerzte in Oesterreich. Wien. med. Presse XXXV. 17.

Graetzer, Eugen, Excerpta medica. Kurze monatl. Journalauszüge aus d. ges. Fachliteratur. III. 4. Basel u. Leipzig. Carl Sallmann. 8. S. 125—172.

Griesbach, H., Einige Gedanken zu *E. Du Bois-Reymond's* Bemerkungen zu d. „Grundzügen f. d. Neugestaltung d. med. Prüfungen". Münchn. med. Wochenschr. XLI. 10.

Hard, Arthur W., The physician in literature. Med. News LXIV. 2. p. 41. Jan.

Hartmann, Arthur, Die Reform d. med. Unterrichts. Berlin. Fischer's med. Buchh. Gr. 8. IV u. 88 S. 2 Mk.

Henius, Die Berufsgenossenschaften u. d. Aerzte. Deutsche med. Wchnschr. XX. 14. 15.

Holmes, Bayard, A proposal in the interests of higher medical education. Med. News LXIV. 12. p. 316. March.

Jaenicke, C., Der Dienst als Schiffarzt bei der deutschen Handelsmarine. Leipzig-Reudnitz. M. Hoffmann. Gr. 8. 39 S. 1 Mk.

Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. 1. Jahrg. 1892. Wien u. Leipzig. W. Braumüller. Lex.-8. LXV u. 1041 S. mit 62 Taf. u. 1 Kartogr.

Jahresbericht, 24., d. Landes-Medicinal-Collegiums über d. Medicinalwesen im Königr. Sachsen auf d. J. 1892. Leipzig. F. C. W. Vogel. Lex.-8. 290 S. 4 Mk.

James, Prosser, Male nurses. Lancet I. 8. p. 502. Febr.

Jankau, L., Die Photographie in d. prakt. Medicin. München. Seitz u. Schauer. 8. 119 S. mit 30 Orig.-Aufnahmen. 3 Mk. 60 Pf.

Johns Hopkins Hospital Reports III. 7—9. Report in Gynecology II. Baltimore. The Johns Hopkins Press. 4. p. 303—762 and IV pp.

Knight, Frederick J., Remarks on sending patients away from home. Boston med. and surg. Journ. CXXIX. 25. p. 609. Dec. 1893.

Körpertemperatur s. II. *Cadiot, Haldane, Reichert.* III. *d'Arsonval, Petřina, Robinson, Roger.* IV. 3. *Wagner.* VIII. *Jacubowitsch.* IX. *Bouchard, Ziehen.* X. *Giese.*

Kossmann, R., Bemerkungen über d. geplante Neugestaltung d. med. Prüfungen, nebst Bemerkungen von *A. Eulenburg*. Deutsche med. Wchnschr. XX. 7.

Leber, Th., Die literar. Ueberproduktion u. d. Arbeit am Archiv. Arch. f. Ophthalmol. XL. 1. p. V.

Londe, Albert, La photographie appliquée aux études médicales. Internat. med.-photogr. Mon.-Schr. I. 1. p. 9.

Mendelsohn, Martin, Aerztl. Kunst u. med. Wissenschaft. Eine Untersuchung über d. ärztl. Misère. 2. Aufl. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. 44 S. 1 Mk.

Mitchell, Willard A., The implied contract to pay for medical attendance. New York med. Record XLV. 4. p. 97. Jan.

Mittermaier, Irrthüml. Anwendung der med. Statistik u. Berichtigung derselben. Bad. ärztl. Mittheil. XLVIII. 3.

Moore, J. W., On the influence and duties of the branches of the Brit. med. Association. Brit. med. Journ. Febr. 10.

Nasmyth, T. G., Man and the state. Edinb. med. Journ. XXXI. 10. p. 920. April.

Neumann, J., Sollen Frauen zum Studium der Medicin zugelassen werden? Wien. klin. Wchnschr. VII. 13.

Paulhan, Fr., Les caractères. Gaz. des Hôp. 41.

Pepper, William, A text-book of the theory and practice of medicine by American teachers. Vol. II. Philadelphia. W. B. Saunders. Gr. 8. 1046 pp.

Posner, C., Vom XI. internat. med. Congress. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 16.

Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde, herausgeg. von *Albert Eulenburg*. 3. Aufl. 1. Bd. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 724 S. mit Holzschn. u. 1 Farbendr. 15 Mk.

Roosevelt, J. W., The abuse of medical charity New York med. Record XLV. 5. p. 134. Febr.

Rupprecht, Paul, Die Krankenpflege im Frieden u. im Kriege. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. XII u. 441 S. mit 523 Abbild. 5 Mk.

Simon, Julius, Die neuen Magnesitbaracken im Kaiser- u. Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 7.

Sitzungs-Protokolle der 8 Aerztekammern Bayerns vom 30. Oct. 1893. München. J. F. Lehmann's Verl. Gr. 8. 116 S. 2 Mk.

Statistik d. Arbeiterkrankenversicherung in Württemberg f. d. J. 1891. Württemb. Corr.-Bl. LXIV. 2.

Steinbach's, A., Leitfaden f. d. Geschäfts- u. Buchführung d. prakt. Arztes u. Medicinalbeamten, mit Anhang, enthaltend d. d. prakt. Arzt interessirenden gesetzl. Bestimmungen, d. Verfahren vor d. Amtsgerichte in Schuldklagesachen, Tabelle zur Berechnung d. Besuche, Zinstabellen u. s. w., herausgeg. von *Kollm*. 2. Aufl. Leipzig. Georg Thieme. Fol. 16 S. 60 Pf. — Journ. Fol. 100 S. 4 Mk. — Hauptbuch. Fol. 200 S. 6 Mk.

Stricker, S., Ueber d. med. Unterrichtswesen. Wien. klin. Wchnschr. VII. 5. 6. 8. 9. 11.

Symonds, Brandreth, Comparative vitality of men and women. Amer. Journ. of med. Sc. CVII. 3. p. 295. March.

Taschenbuch, akadem. f. Mediciner. Sommersemester 1894. Leipzig. Georg Thieme. 16. XXIV u. 180 S.

Thiem, C., Ueber die d. Arzt durch d. Unfallgesetzgebung erwachsenen besonderen Pflichten. Berlin. E. Grosser. Gr. 8. 42 S. mit 7 Holzschn. u. 9 Zinkogr. 1 Mk. 20 Pf.

Thomalla, Robert, Ueber die Behandlung erkrankter Kassenmitglieder. Neuwied. Heuser's Verl. Gr. 8. 41 S. 75 Pf.

Vliet, P. van, Iets over ziekenvervoer in Nederlandsch Indië. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXIV. 1. blz. 50.

S. a. IV. 1. Moritz. V. 1. Czerny. VI. Engström. XI. Hall. XV. Brunner. XX. Ogata.

XX. Med. Geographie, Geschichte, Bibliographie, Biographien.

Albert, Gedenkrede auf weiland *Theodor Billroth*. Wien. klin. Wchnschr. VII. 8.

Angerer, *Albert Lücke*. Münchn. med. Wochenschr. XLI. 11.

Bardeleben, A. von, *Theodor Billroth*. Deutsche med. Wchnschr. XX. 7.

Becher, W., *Rudolf Virchow*. Eine biograph. Studie. Berlin. S. Karger. Gr. 8. IV u. 110 S. 1 Mk. 60 Pf.

Berg, John, *Theodor Billroth*. Nekrolog. Hygiea LVI. 2. S. 156.

Bergmann, E. von, Worte der Erinnerung an *Theodor Billroth*. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 8.

Billroth's Leben u. Thätigkeit. Wien. med. Presse XXXV. 7.

Brunner, Conr., Die Spuren d. röm. Aerzte auf d. Boden d. Schweiz. Zürich. A. Müller's Verl. Gr. 8. 66 S. mit 7 Abbild. u. 4 photolith. Tafeln. 4 Mk.

Carlsen, Bemärkninger om Grönlunds Sygdomforhold. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 14.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Cullen, George Matheson, *Andrews Vesalius.* Dubl. Journ. XCVII. p. 219. 296. March, April.

Delépine, Sheridan, A sketch of life and work of Sir *Andrew Clark.* Journ. of Pathol. and Bacteriol. II. 3. p. 255. Febr.

Ewald, Prof. Dr. *J. Uffelmann.* Berl. klin. Wochenschr. XXXI. 9.

Falk, Friedrich, Die geschichtl. Entwicklung d. experiment. Medicin. Virchow's Arch. CXXXV. 3. p. 359.

Finlayson, James, On the cure of infants and young children according to Bible and Talmud. Med. Mag. Oct. p. 231. 1893.

Gentles, H. W., The medical bureau at de Chicago exhibition. Lancet II. 20. p. 1267. Nov. 1893.

Grancher, *M. Pasteur* et la médecine contemporaine. Arch. de Méd. expérim. VI. 1. p. 121. Janv.

Greene Pascha, Death in the Nile. [Schädlichkeit d. Nilwassers.] Med. News LXIV. 8. p. 201. Febr.

Gurlt, E., *Albert Lücke.* Deutsche med. Wochenschr. XX. 9.

Gurlt, E., Med.-naturwissenschaftl. Nekrolog des J. 1893. Virchow's Arch. CXXXV. 3. p. 537.

Gussenbauer, Karl, *Theodor Billroth.* Wien. klin. Wchnschr. VII. 7. — Prag. med. Wchnschr. XIX. 8.

Helferich, Nekrolog auf *Theodor Billroth.* Münchn. med. Wchnschr. XLI. 8.

von Herff, Nachruf f. *Kaltenbach.* Münchn. med. Wchnschr. XL. 52. 1893.

Hjelt, Otto E. A., Svenska och finska medicinalverkets historia 1663—1812. Helsingfors 1892. 1893. Helsingf. Centr.-Tryck. St.-8. VIII och 564, XI och 616, XIII och 793 S.

Hirschberg, J., Aerztl. Bemerkungen über eine Reise um d. Erde. Deutsche med. Wchnschr. XX. 5.

Jokinen, T. E., Pikakuvia Amerikasta [Med. Mittheil. aus Amerika]. Duodecim IX. 11 ja 12. S. 228. 1894.

Kappeler, O., Zur Erinnerung an *Theodor Billroth.* Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 6.

Kempf, Edward J., History of medicine and surgery in Dubois County, Ind. Amer. Pract. and News XVI. 6. p. 218. Sept. 1893.

v. Kerschensteiner, Nekrolog auf *Aug. Hirsch.* Münchn. med. Wchnschr. XLI. 6.

Larsen, A., Det militäre Lägeväsen under Christian IV. Militärlägen I. 4. 1893.

Ledderhose, G., Zur Erinnerung an *Albert Lücke.* Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 10.

Marshall, William, Neueröffnetes, wundersames Arzenei-Kästlein, darin allerlei gründliche Nachrichten, wie es unsere Voreltern mit d. Heilkräften d. Thiere gehalten haben, zu finden sind. Leipzig. A. Twietmeyer. 16. 127 S. 2 Mk.

Medin, O., Nekrolog öfver *Hjalmar August Abelin.* Hygiea LV. 11. S. 529. 1893.

Meige, H., Les possédées des dieux dans l'art antique. Nouv. Iconogr. de la Salp. VII. 1. p. 35. Janv. et Févr.

Mikulicz, J., *Theodor Billroth.* Berl. klin. Wochenschr. XXXI. 8.

Monod, Ch., Eloge de *A. Richet.* Gaz. des Hôp. 8.

Moritz, *Guido Baccelli.* Münchn. med. Wochenschr. XLI. 13.

Navarre, Sur l'acclimatisation de la race caucasique dans les pays intertropicaux. Lyon méd. LXXV. p. 480. Avril.

Nicaise, E., Le 400me. anniversaire de *Paracelse* (*Paracelse* chirurgien). Revue de Chir. XIV. 3. p. 246.

Norrie, Gordon, Historiske Notitser: Lägehonorarer i Danmark i gamle Dage. Hospit.-Tid. 4. R. II. 9.

Oehlschläger, Jugenderinnerungen an *Theodor Billroth.* Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 9.

Ogata, M., Ueber d. med. Leben in Japan. Deutsche med. Wchnschr. XX. 13.

Pagel, *August Hirsch.* Deutsche med. Wchnschr. XX. 5.

Petersen, Jul., Professionel Etik for halvandet Arahundrede siden. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 1. 2. 3. 4.

Quinquaud, Ch., *P. Diday.* Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. V. 1. p. 1.

Rake, Beaven, On the opportunities for research in Trinidad. [Malarial disease. Typhoid fever and dysentery. Kidney disease. Ainhum. Yaws and syphilis. Ascaris lumbricoides. Ankylostoma duodenale.] Brit. med. Journ. Febr. 10.

Repetitorium, kurzes, d. Geschichte d. Medicin. 1. Theil. Allgem. Geschichte d. Med. bis zum Anfang d. 19. Jahrhunderts. Wien. M. Breitenstein. 8. 93 S. 1 Mk. 35 Pf.

Robb, Hunter, The works of Justine Siegemundin, the midwife. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. V. 37. p. 3. Jan.—Febr.

Simonsen, D., Til koppeindpodningens Historie. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 10.

Socin, A., *Theodor Billroth.* Schweiz. Corr.-Bl. XXIV. 5.

Sonnenburg, E., *Albert Lücke*, Nekrolog. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXVIII. 2 u. 3. p. I.

Virchow, Rudolf, *August Hirsch.* Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 6.

Winckel, F. v., Eine Studienreise in der neuen Welt. Münchn. med. Wchnschr. XLI. 4.

Wölfler, A., *Theodor Billroth.* Chir. Centr.-Bl. XXI. 9. Beil.

Zahrtmann, M. K., En 900 Aar gammel Beskrivelse af Kejsersnittet. Ugeskr. f. Läger 5. R. I. 6.

Zinner, Franz, *Billroth* als Kriegschirurg. Militärarzt XXVIII. 6.

S. a. I. Neumann. II. Albertoni, Bizzozero, Charles, Dana, Virchow. III. Balloch. IV. 2. Forbes, Golgi, Prichard, Steudel; 5. Cayley, Macleod; 8. Leichtenstern; 11. Hansen, Helms, Lorentzen; 12. Sonsino, Ward. V. 1. Nicaise; 2. a. McGee; 2. c. Zancarol. VI. Gerich. VIII. Smith.

Sach-Register.

Abdeckereien, Anlage 70.
Abdominalschwangerschaft, primäre 159.
Abnabelung, Bezieh. zu Icterus neonatorum 55.
Abortgruben, Desinfektion 72.
Abortus, b. Tubenschwangerschaft 159. —, zur Behandlung dess. (von *A. Czempin*) 206. — S. a. Frühgeburt.
Abscess, im Gehirn, gerichtsärztl. Beurtheilung 180. —, d. Muskeln b. Strumitis 250.
Absonderungsräume f. ansteckende Krankheiten in Hospitälern 70.
Absorption fester Körper 11.
Acetonurie, experimentelle Erzeugung 185.
Achsenzugzange, Anwendung 156.
Addison'sche Krankheit, ptomatinartige Substanz im Harne 10. —, Aetherschwefelsäuren im Harne 231. —, Wesen u. Symptome 249.
Adenocarcinom d. Aderhaut 68.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Adenoidgeschwülste d. Nasenrachenraums, Einfl. auf d. Tonsillen 43.
Adenom, d. Niere, Struktur 127. —, myxosarkomatöses 132.
Adenosarkom d. Niere 128.
Aderhaut s. Chorioidea.
Aderlass b. infektiöser Nephritis 146.
Aegypten, Vorkommen von Lepra 150.
Aether, Narkose (Vortheile) 133. (Einfl. auf d. Reizbarkeit d. Kehlkopfnerven) 212. (Vergleich mit d. Chloroformnarkose) 239. (Tod nach ders.) 240. —, Anwendung b. eingeklemmten Hernien 166. —, Wirkung auf d. Nieren 240.
Aetherschwefelsäuren, Ausscheidung im Harne (b. verschied. Krankheiten) 231. 232. (Wirkung d. Antiseptica) 231. 236. (Wirkung d. Antipyretica) 236.
Aethylalkohol, Oxydation im Thierkörper 135.
Aethylendiaminkresol, Aethylendiaminsilberphosphat, Desinfektionswerth 237.
Affections parasyphilitiques (par *Alfred Fournier*) 104.
Akromegalie, anatom. Veränderungen 242. 243. —, Behandl. mit Schilddrüsen u. Hypophysenextrakt 243.
Akroparästhesie 30. 31.
Albuminurie nach d. Entbindung 157.
Albumosen im Tuberkulin 16.
Aleuronat, Nahrungswerth 176. —, als Nahrungsmittel b. Diabetes mellitus 268.
Alexine s. Serumalexine.
Alkalien, Einfl. auf d. Absonderung d. Pankreassaftes 226. —, intravenöse Injektion gegen Coma diabeticum 265. —, Anwendung b. Diabetes mellitus 270.
Alkohol, Bezieh. d. Missbrauches dess. zu Diabetes 190. — S. a. Aethylalkohol; Methylalkohol.
Alkoholismus, Polyneuritis b. solch. 27.
Alumnol gegen Tripper 47.
Amblyopie, durch Vergiftung hervorgerufen 68. —, durch Anopsie 172.
Amerika, Vorkommen von Lepra 152.
Amnion, Histologie 118.
Amphistomum 198.
Amputation, Veränderungen an d. Stümpfen 260. —, d. Unterschenkels, Modifikation 260.
Amylenhydrat, Wirkung u. Anwendung 18.
Amylnitrit, Antagonismus mit Cocain 16.
Anämie, durch Bothriocephalus verursacht 111.
Anaesthetica, Aether 138. 239. 240. —, Pental 134. 240. —, Thiosinamin 134. —, Chloroform 239. 240.
Anatomie, topographische d. Menschen, Atlas ders. (von *Karl von Bardeleben* u. *Heinrich Haeckel*) 198.
Aneurysma, d. Art. poplitaea 162. —, an d. Extremitäten u. am Halse 162. —, d. Aorta, Stimmbandlähmung b. solch. 222. —, d. Milzarterie, erzeugt durch Embolie mit Blutdrucksteigerung 233.
Angioma, primäres d. willkürl. Muskeln 132. —, arteriale racemosum 163. — S. a. Rankenangiom.
Ankylose, winklige d. Kniegelenks, Operation 170.
Anlagen f. d. Versorgung von Städten mit Lebensmitteln (von *Georg Osthoff*) 216.
Anophthalmie, Verhalten d. Neuroblasten d. Occipitallappens b. solch. 223.
Antagonismus, von Giften u. Heilmitteln 239.
Antidiphtherin, Wirkung 16. 245.
Antimonpräparate, hygiein. Bedeutung 177.
Antipyretica, Guajakol 18. —, Einfl. auf d. Ausscheidung d. Aetherschwefelsäuren im Harne 231. 236.
Antiseptica, Wirkung auf d. Ausscheidung d. Aetherschwefelsäuren im Harn 231. 236.
Antiseptik, Bedeutung b. Puerperalfieber 55.
Aorta s. Arteria.
Apocodein, Ersatz f. Codein 133.
Apparate, zur Behandlung d. Skoliose 61. — S. a. Kochapparat; Saugapparat.
Araeosaccharimeter 262.
Arbeit, geistige (von *Emil Kraepelin*) 214. — S. a. Muskelarbeit.
Arbeiten aus d. Kaiser- u. Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause zu Berlin (II. Bd.) 204.
Argentum nitricum, Anwend. gegen blennorrh. Ophthalmie 171.
Armenfürsorge u. Armenkrankenpflege (von *E. Roth*) 215.
Årsberättelse från Sabbatsberg's sjukhus för 1892 (af *F. W. Warfvinge*) 218.
Arsenige Säure, Schicksale im Organismus 236.
Arsenik, sucutane Injektion d. Solutio Fowleri 133. —, in Tapeten u. Maueranstrich 177. —, Anwendung b. Diabetes mellitus 270.
Arteria, *aorta* (chem. Beschaffenheit d. elast. Substanz ders.) 4. (Aneurysma, Wirkung auf d. Kehlkopf) 222. —, *carotis*, Einfluss d. Verschlusses auf d. Sehorgan 68. —, *ophthalmica*, Verschluss, Wirkung 68. —, *poplitaea*, Aneurysma 162. —, *pulmonalis*, Embolie b. Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett 54. —, *splenica*, Aneurysma 253.
Arteriosklerose, Muskellähmungen b. solch. 145.
Arthritis blennorrhagica 47.
Arzneimittel, Nebenwirkungen 16. —, Ausscheidung im Magen u. Speichel nach subcutaner Injektion 235. —, gegenseitiger Antagonismus 239.
Arzneiverordnungslehre, Compendium ders. (von *R. Kobert*, 2. Aufl.) 202.
Arzt, d. Berufsgeheimniss dess. (von *S. Placzek*) 214.
Asepsis b. d. Wundbehandlung 219.
Ataxie, vasomotorische 144.
Atherom, Entstehung 87.
Atlas d. topograph. Anatomie d. Menschen (von *Karl von Bardeleben* u. *Heinrich Haeckel*) 198.
Augapfel, Einfl. d. Verschlusses d. Art. ophthalmica u. Carotis auf d. Cirkulation in dems. 68. —, Atrophie, Verhalten d. Neuroblasten d. Occipitallappens 223.
Auge, Erkrankung b. Gicht 171. —, Verhalten b. traumat. Neurosen 273. — S. a. Anophthalmie.
Augenärztliche Unterrichtstafeln (*von Magnus*) 108.
Augenentzündung, sympathische 171. —, blennorrhagische d. Neugebornen 171. 172.
Augenhöhle, Einfl. d. Verschlusses d. Art. ophthalmica u. Carotis auf d. Cirkulation 68. —, Zerstörung d. Nerven durch Krebs 241.
Augenkrankheiten b. Diabetes mellitus 265.
Augenmuskeln, Lähmung (nucleare) 240. (Aetiologie) 241.
Auswurf s. Sputa.
Autoinfektion im Wochenbett 54.
Autointoxikation, als Urs. von Geistesstörung 33.

Bacillus, phlegmones emphysematosae 103. —, pyocyaneus (als Urs. d. blauen Eiters) 229. (Pathogenität) 230. —, gasbildender 230. — S. a. Diphtheriebacillus; Influenzabacillen; Leprabacillen.
Bacterium, lactis, aërogenes als Urs. von Pneumaturie 9. —, coli commune (Bezieh. zur Entstehung von Gasphlegmone) 9. (Bezieh. zur Entstehung von Peritonitis) 124. (Beweglichkeit, Cilien) 228. (verschiedene Arten) 228.
Bad s. Wasserbad.
Bakterien, Organisation 121. —, Wirkung d. Blutserum auf solche 122. —, Einfl. von Erschütterung 227. —, fiebererregende Gifte ders. 227. —, d. blauen Eiters 229.
Barbierstuben, Hygieine 71.
Barlow'sche Krankheit 162.
Bartholinische Drüse, Carcinom 154.
Basedow'sche Krankheit, Symptome 136. —, Bezieh. zur Schilddrüse 136. 137. —, Bedeutung der Schwangerschaft f. d. Entstehung 137. —, Bezieh. d. Nervensystems zu solch. 137. —, Verhalten d. Blutes 138. —, Geistesstörung b. solch. 138. —, complicirt mit Tabes ders. 139. —, Kropfoperationen 139. 140.
Baucheingeweide, Durchtritt in d. Brusthöhle durch einen angeb. Zwerchfellsdefekt 166.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Bauchhöhle, Schwangerschaft in ders. 159.
Bauchwand, Lipome an d. vordern 163.
Bauordnungen 69.
Becken, gespaltenes, Geburt b. solch. 51. —, verengtes, Vorkommen 156.
Beckenendlagen, Vorkommen u. Aetiologie 256. —, Bezieh. zu Caput obstipum 256.
Beiträge, zur Lehre vom Stoffwechsel d. gesunden u. kranken Menschen (von *Carl von Noorden*, 2. Heft) 199. —, zur Entzündungslehre (von *Julius Weiss*) 201.
Belastungsdeformitäten, Behandlung 60.
Benzosol, Anwend. b. Diabetes mellitus 271.
Bergsteigen, hygiein. u. therapeut. Bedeutung 171.
Berichte d. med. Gesellschaft zu Leipzig 110.
Berufsgeheimniss d. Arztes (von *S. Placzek*) 214.
Bier, Wirkung auf Cholera- u. Typhusbakterien 72.
Bilharzia haematobia 198.
Bindehaut s. Conjunctiva.
Blattern s. Variola.
Blechdosen, Nachtheile d. Verpackung von Conserven in solch. 177.
Blei, chron. Vergiftung, Erkrankung d. Nieren 20.
Blennorrhöe, chronische d. obern Luftwege, Bezieh. zu Scleroma respiratorium 43. —, d. Harnröhre (Incubationsdauer) 46. (Hautkrankheiten) 47. 78. (Gelenkkrankheiten) 47. 77. (Behandlung) 47. 81. (Mikroorganismen) 73. (Epididymitis) 76. (Albuminurie) 76. (Peritonitis) 77. (b. Kindern) 81. (Prophylaxe) 81. —, d. Vulva u. Vagina b. Kindern 81. — S. a. Katarrh; Ophthalmia.
Blinddarm-Wurmfortsatz, über d. Perforation dess. (von *Herzfelder*) 205.
Blitz, Augenmuskellähmung durch solch. verursacht 241.
Blut, Wirkung d. Thiosinamininjektion auf dass. 134. —, Verhalten b. Basedow'scher Krankheit 138. —, Bestimmung d. Zuckers in solch. 183. —, Zerstörung d. Zuckers in solch., glykolyt. Ferment 184. —, Ursache d. Ueberladung mit Zucker b. Diabetes 189.
Blutcirkulation s. Kreislauf.
Blutdruck, Wirkung verschied. Zuckerarten auf dens. 183. —, Steigerung als Ursache von Aneurysma 233.
Blutgefässe, Zellen des dies. im Gehirn umgebenden Gewebes 6.
Blutkörperchen, weisse (chem. Zusammensetzung) 3. (Verhalten in bösartigen Geschwülsten) 11. (Verhalten b. Influenza-, croupöser u. katarrhal. Pneumonie) 42. —, Wirkung d. Blutserum u. d. Neutralsalze auf dies. 122.
Blutserum, reducirende Substanz im Globulin dess. 3. —, Giftigkeit b. Puerperaleklampsie 10. —, Anwendung gegen Diphtherie 113. 123. —, Wirkung auf Bakterien u. Blutkörperchen 122. — S. a. Heilserum.
Blutung, tödtliche aus d. Conjunctiva b. Hämophilie 161. —, subperitonäale b. Scorbut 162. — S. a. Nasenbluten.
Bosnien, Vorkommen von Lepra 150.
Bothriocephalusanämie 111.
Brand s. Gangrän.
Bright'sche Krankheit, Einfl. d. Diät auf Harn u. Allgemeinbefinden 146.
Bromkalium, Resorption durch d. Haut in Salbenform 235.
Bromlithium, Resorption durch d. Haut in Salbenform 235.
Bromphenole, Anwendung b. Erysipelas 238.
Brot, Verbesserung d. Bereitung 69. —, Ausnutzung verschied. Sorten 176.
Brustwarze, Entwicklung, Bau u. Funktion 118.
Bubo, abortive Behandlung 47.
Bulbärparalyse, heilbare 22.
Buntpapiere, arsenikhaltige 177.
Bursa, iliaca, subacromialis, Hygrom 163.

Calcaneus, Compressionsbrüche 66.
Calomel s. Hydrargyrum.
Capillargefässe, Embolie von riesenkernhaltigen Zellen in solch. 11.
Capitulum radii, Luxation 66.
Caput obstipum, Entstehung b. Beckenendlagen 256. — S. a. Torticollis.
Carbolsäure, akute Vergiftung 20.
Carcinom s. Adenocarcinom; Krebs; Lungenkrebs; Magenkrebs; Uteruskrebs.
Caries d. Schultergelenks 260.
Carotis s. Arteria.
Carpus, Aetiologie d. Ganglien an solch. 167.
Cartilago triangularis im Handgelenk, Subluxation 65.
Centralnervensystem, infektiöse Erkrankungen 24. —, Erkrankung nach Syphilis 24. —, Bezieh. d. Zirbeldrüse zu solch. 223.
Centrifuge, Anwend. b. Desinfektionsversuchen 237.
Cerebrospinalmeningitis nach croupöser Pneumonie 40.
Cheadle-Barlow'sche Krankheit 162.
Chinin, Wirkung auf d. Malariaparasiten 133. —, Antagonismus mit Digitalin 239.
Chirurgie, d. Rückenmarks 205. — S. a. Lehrbuch.
Chlorlithium, Resorption durch d. Haut in Salbenform 235.
Chloroform, Verhütung d. Nachtheile dess. durch Digitalis 16. —, Narkose (Einfl. auf d. Reizbarkeit d. Kehlkopfnerven) 222. (Vergleich mit d. Aethernarkose) 239. —, Einfl. auf d. Pepsinverdauung 224. —, Wirkung auf d. Nieren 240.
Chlorose, Hypertrophie d. Milz b. solch. 145. —, als Infektionskrankheit 145.
Chlorphenole, Anwendung b. Erysipelas 238.
Chlorwasser, Einspritzung gegen Diphtherie 35.
Chlorzink, therapeut. Anwendung 134.
Cholera, als Nitritvergiftung 19. —, Lungenentzündung nach solch. 41. —, Exanthem b. Kindern 56. —, Immunität gegen solche 121. — S. a. Hühnercholera.
Cholerabakterien, Wirkung d. Weins u. d. Biers auf dies. 72.
Chondrodystrophia thyreopriva 235.
Chorioidea, Adenocarcinom 68. —, Erkrankung b. Gicht 171.
Chromsäure, Anwendung gegen Nasenbluten 43.
Cirkulationsstörungen, Milchkur b. solch. 178.
Cocain, Antagonismus mit Amylnitrit 16.
Cocosnussfett, Verwendung 177.
Codein, Ersatz durch Apocodein 133.
Colonisirung d. Geisteskranken (von *Albrecht Paetz*) 210.
Coma diabeticum, anatom. Veränderungen 265. —, Behandlung 265.
Compendium, d. Arzneiverordnungslehre (von *R. Kobert*, 2. Aufl.) 202. —, d. Geburtshülfe (von *J. Heitzmann*) 205.
Conjunctiva, tödtl. Blutung aus solch. b. Hämophilie 161. —, Dislokation d. Iris unter dies. 171.
Conserven, hygiein. Untersuchung 177. — S. a. Fleischconserven.
Contagiosität d. Lepra 151.
Contraktur, hystero-traumatische 272.
Copaivabalsam, diuretische Wirkung 17.
Cornea s. Keratoconus; Keratoplastik.
Corpora mamillaria, Geschwulst 22.
Corset s. Gipscorset.
Cretinismus nach Exstirpation d. Schilddrüse 235.
Curare, Wirkung als Muskelgift 135. —, Diabetes durch solch. erzeugt 185.
Cyanose, Vorkommen b. verschied. Krankheiten 247.
Cylindrom d. Gehirns 244.
Cyste, d. Iris 67. —, d. Hymen 161. — S. a. Epithelcysten.
Cystitis, Aetiologie 8. —, operative Behandlung 219.
Cystoskopie, Anwendung b. Fremdkörpern in d. Harnblase 64.
Cystotomie, Methoden 63. 64. —, permanentes Wasserbad nach solch. 64. —, Indikationen 219.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Dänemark, Sterblichkeit an Puerperalfieber 55.
Darm, Verschluss durch Gallensteine 62. —, Resektion (Indikationen) 62. (Anwendung d. *Czerny-Lembert*'schen Nähte) 62. —, Entwicklung, Zusammensetzung u. Funktion d. Lymphknoten in d. Wand 125. —, Durchlässigkeit d. Wand f. Mikroorganismen 125. —, Fäulniss in dems. (Einfl. d. Temperatur) 146. (patholog. Veränderungen) 231. —, Affektion b. Nephritis u. Urämie 232. — S. a. Dickdarm; Dünndarm; Enterocele; Flexura.
Decidua, uterina b. Extrauterinschwangerschaft 14. 160. —, Ausstossung d. Eies in frühem Stadium in ders. 158.
Deciduoma malignum uteri 155.
Deformitäten, durch Belastung, Behandl. 60.
Dérangement interne der Gelenke 65.
Dermatolgaze, Wieken aus solch. gegen Nasenbluten 43.
Dermatomyositis, akute 249.
Desinfektionsmittel, Saprol 71. —, Wirkung auf d. Aetherschwefelsäuren im Harne 231. 236. —, Aethylendiaminsilberphosphat 237. —, Aethylendiaminkresol 237. —, Holztheer 237. —, Monochlorphenol 238.
Desodorisation durch Saprol 71.
Diabetes mellitus, Augenstörungen b. solch. 68. 265. —, Literatur 181. —, durch Curare erzeugt 185. —, Beziehung zum Pankreas 186. 187. 188. —, Verhalten d. Kohlehydrate im Organismus 188. —, Ursache d. Ueberladung d. Blutes mit Zucker 189. —, Aetiologie 189. —, Erkrankungen d. Nervensystems 190. 264. —, Leberkrankheiten b. solch. 190. —, Stoffwechsel 190. —, Verhalten d. Harns 261. 262. 263. —, Diagnose 263. —, klin. Formen 263. —, Erkrankungen d. Herzens 264. —, Koma 265. —, Prognose 266. —, Behandlung (diätetische) 266 flg. (medikamentöse) 270. 271. 272. —, Gangrän d. untern Extremitäten, Behandlung 272. — S. a. Glykosurie.
Diät, b. Bright'scher Krankheit, Einfl. auf Harn u. Allgemeinbefinden 146. —, b. Diabetes 266 flg. — S. a. Milchdiät.
Diätetik d. Kinder 204.
Diaphragma, Hernie 166. —, angeb. Defekt, Durchbruch von Baucheingeweiden in d. Brusthöhle 166.
Diarrhöe s. Durchfall.
Dickdarm, Verschluss, operative Behandlung 61. —, angeb. Dilatation u. Hypertrophie 161.
Digitalin, diuret. Wirkung 17. —, Antagonismus mit: Muscarin 239. Chinin 239.
Digitalis, Verhütung d. Nachtheile d. Chloroform durch solche 16. —, diuret. Wirkung 17. —, Anwendung b. Pneumonie 42.
Dimethylpiperazinum tartaricum als Harnsäure lösendes Mittel 16.
Diphtherie, Polyneuritis b. solch. 27. —, Aetiologie u. Statistik 34. —, Diagnose 34. —, Behandlung (Antidiphtherin) 16. 245. (Chlorwasser) 35. (Serumtherapie) 113. 123. 245. —, Erkrankung d. Nieren b. solch. 35. —, Geschichte ders. (von *Behring*) 202. —, bakteriolog. Diagnose 245. —, Nephritis b. solch. 245.
Diphtheriebacillus, Cultur 123.
Distomum ophthalmobium 198.
Diuretica, Diuretin 17. —, Copaivabalsam 17. —, Digitalis u. Digitalin 17.
Diuretin, diuret. Wirkung 17.
Drahtschlinge, kalte, Abschnürung d. Mandeln mit solch. 258.
Drahtverband 258.
Drainage, d. Wirbelsäule b. Malum Pottii 61.
Drüse, Bartholinische, Carcinom 154. — S. a. Milchdrüse; Schilddrüse; Speicheldrüsen; Thränendrüse; Thymusdrüse.
Drüsengeschwulst, embryonale d. Nierengegend b. Kindern 131.
Dünndarm, Syphilis 219. 232.
Durchfall, patholog. Veränderungen d. Darmfäulniss b. solch. 231.
Dysenterie, Epidemie in Tilsit 179.
Dysmenorrhoea membranacea (Unterschied d. Produkte von d. Decidua b. Extrauterinschwangerschaft) 16. (Fibrinausscheidung b. ders.) 154.
Dystrophie, progressive d. Muskeln 141.
Dysurie, b. Prostatahypertrophie 219. —, operative Behandlung 219.

Ei, Ueberwanderung 50. 159. —, Befruchtung b. der Maus 118. —, Lösung mit d. uterinen Decidua in einem frühen Stadium 158.
Eihäute, Entwicklung 14.
Eis, Anwendung b. Pneumonie 42.
Eisenbahnunfälle, Nervenkrankh. nach solch. 194.
Eiter, blauer, Bacillus pyocyaneus als Urs. 229.
Eiweiss, Bedeutung f. d. Ernährung 176. —, Bezieh. d. Fettes u. d. Kohlehydrate zum Umsatze dess. 199. — S. a. Hühnereiweiss; Toxalbumin.
Eklampsie s. Puerperaleklampsie.
Ekzem, Anwendung d. Gallanols 134.
Elastin 4.
Embolie, von riesenkernhaltigen Zellen in Capillaren 11. —, d. Lungenarterie in Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett 54. —, von Leprabacillen 153. —, Blutdrucksteigerung b. solch. als Ursache von Aneurysma 233. —, von Parenchymzellen 233. —, von Placentazellen 233. — S. a. Luftembolie.
Embryo, Werth d. ersten Furchungszellen f. d. Organbildung 5. —, junger, Aufbewahrung 118. — S. a. Fötus.
Empyem d. Sinus frontalis, Diagnose u. Behandlung 43.
Encephalitis acuta haemorrhagica 22.
Endokarditis nach Lungenentzündung 40.
Endometritis, Anwendung d. Chlorzinks 135.
Entbindung, Anwendung d. Symphyseotomie 51 flg. —, Embolie d. Lungenarterie b. ders. 54. —, Resorptionsfieber b. ders. 54. —, vom Mastdarm ausgehende Störungen 156. —, Albuminurie nach ders. 157. — S. a. Geburt; Wendung.
Enterocele b. Gebärmuttervorfall 254.
Entfettungskuren, Stoffwechsel b. solch. 199.
Enthauptung, Hirnreizungsversuche nach solch. 7.
Entzündung, Beiträge zur Lehre von ders. (von *Julius Weiss*) 201.
Enzyme, Wirkung d. Neutralsalze auf solche 122.
Epidemie s. Dysenterie; Lungenentzündung; Typhus.
Epididymitis, b. Tripper 47. 76. —, idiopathische 48.
Epilepsie, b. Geschwulst d. Corpora mamillaria 22. —, Jackson'sche, Trepanation 58.
Epispadie, Operation b. Weibe 154.
Epistaxis, habituelle 43.
Epithelcysten, traumatische d. Finger 168.
Erblichkeit, d. Basedow'schen Krankheit 137. —, d. Lepra 150.
Ergotin, Verhütung d. unangenehmen Nebenwirkungen d. Salicylsäure durch solch. 16.
Erkältung, Bezieh. zur Entstehung d. Diabetes 189.
Ernährung, kranker Kinder 56. —, Grundsätze ders. 69. —, d. Volkes in Neapel 175. —, Bedeutung d. Eiweisses 176. — S. a. Kinderernährung.
Ersatzoperationen, heteroplastische 57.
Erschütterung, Bedeutung f. d. lebende Materie 227.
Erwerbsfähigkeit, Einfluss d. Radiusfrakturen 180.
Erysipelas, Recidive 36. —, Aetiologie u. Therapie 36. 37.
Erysipelkokken, neben Pneumokokken b. Lungenentzündung 41.
Erysipeloid, Aetiologie u. Therapie 36.
Erythema, multiforme (mit Betheiligung d. Mundes u. Rachens) 44. (Aetiologie u. pathol. Anatomie) 44.
Erythromelalgie 29. 30. 244.
Etude de chirurgie médullaire (par *A. Chipault*) 205.
Europa, Lepraherde 150.
Europhen gegen Lepra tuberosa 158.
Exanthem, b. an Cholera leidenden Kindern 56.
Exartikulation im Kniegelenk 170.
Exothyreopexie 140.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Exsudat, fibrinöses, Entstehung bei Lungenentzündung 39.
Extrauterinschwangerschaft, Decidua uterina b. solch. 14. —, Histologie 158. —, in d. Bauchhöhle 159. —, tubo-abdominale 159. —, tubo-ovariale 159. —, tubare 159. —, Verhalten d. Decidua b. ders. 160.
Extremitäten, Affektion b. heilbarer Bulbärparalyse 22. —, Sklerodermie d. gelähmten b. Myelitis dorsalis 25. —, Symmetr. Gangrän 31. —, obere, Rankenangiom an dens. 57. —, untere (ungleiche Länge als Urs. von Skoliose) 60. (Hypertrophie 169. (Gangrän b. Diabetes mellitus, Behandlung) 272. —, Aneurysmen an solch. 162. —, spast. Parese b. Erkrankungen d. Gehirns u. Rückenmarks 141. — S. a. Erythromelalgie.

Fäulniss, im Darm, patholog. Veränderungen 231.
Familien, Irrenverpflegung in solch. 212.
Fasern, elastische in d. Haut, Veränderungen im Alter 120. — S. a. Muskelfasern.
Febris, intermittens pneumonica 41. —, recurrens chronica 143. —, continua 144.
Fehling's Probe auf Zucker 262.
Femur, Pseudarthrose, chirurg. Behandlung 169.
Ferment, eiweissverdauendes, Einwirkung auf die Nucleinstoffe 4. —, Einfl. d. Temperatur auf solch. im Darm 146. —, glykolytisches im Blute 184.
Ferratin, diätet. u. therapeut. Anwendung 16.
Fersenbein s. Calcaneus.
Fett, Bezieh. zum Eiweissumsatz 199. — S. a. Cocosfett; Entfettungskuren; Schweinefett.
Fettgewebe, Entwicklung 87.
Fettsäure, Nachweis im Mageninhalt 3.
Fieber, Theorien 15. —, anhaltendes 144. — S. a. Febris; Infektionsfieber; Resorptionsfieber.
Fiebermittel, Guajacol 18. —, Einfl. auf d. Ausscheidung d. Aetherschwefelsäuren im Harne 231. 236.
Fimbrienstrom d. Tuba Fallopiae, Bezieh. zur Ueberwanderung d. Eies 50.
Finger, traumat. Epithelcysten 168. —, angeb. Hypertrophie 169. — S. a. Makrodaktylie; Syndaktylie; Zeigefinger.
Fistel, Eck'sche, zwischen Vena cava u. V. portae, Wirkung auf d. Organismus 224.
Fleisch, Verwendung d. minderwerthigen 69. — S. a. Pferdefleisch.
Fleischconserven, hygiein. Untersuchungen 177.
Fleischmast b. Menschen 199.
Flexura sigmoidea, Volvulus, Laparotomie 62.
Flüsse, Selbstreinigung 70.
Fötus, übermäss. Ausdehnung d. Harnblase als Geburtshinderniss 51. —, Syphilis dess. 156. — S. a. Embryo.
Follikel, Graaf'sche, Metamorphosen 117.
Fowler'sche Arseniklösung, subcutane Injektion 133.
Fraktur, d. Calcaneus 66. —, d. Schädels (d. Basis mit folg. Atrophie d. Opticus) 69. (mit Einklemmung eines Hufsplitters) 164. (Fehlen b. Gehirnzerreissung) 180. —, multiple, Todesursachen 164. —, d. Radius, Einfl. auf d. Erwerbsfähigkeit 180.
Frankreich, Vorkommen von Lepra 149.
Frauenkrankheiten s. Lehrbuch.
Freibank f. d. Verkauf minderwerthigen Fleisches 69.
Fremdkörper, Verwendung b. heteroplast. Ersatzoperationen 57. —, in d. Harnblase (Extraktion) 64. (Sectio alta) 259. —, Extraktion aus d. Harnröhre 64. —, Einklemmung b. Schädelfraktur 164.
Frühgeburt, Einleitung b. chron. Herzfehlern 256.
Furchungszellen, Werth d. ersten f. d. Organbildung d. Embryo 5.
Fuss, Wendung auf dens. 51. —, Rankenangiom an dems. 163. —, angeb. Hypertrophie 169.

Gährung im Darm, Einfluss d. Temperatur 146. — S. a. Ferment.
Gallanol, Anwendung gegen Psoriasis u. Ekzem 134.
Galle, Bezieh. d. Absond. zum Stoffwechsel 226.
Gallenblase, Operationen an solch. 167.
Gallensteine, Darmverschluss durch solche 62. —, Operationen wegen solch. 167. —, Ileus b. solch. 167.
Gallenwege, Operationen b. Erkrankungen ders. 167.
Galvanismus, Leitungswiderstand gegen solch. b. traumat. Neurosen 275.
Ganglien, carpale, Aetiologie 167.
Gangrän, symmetr. an d. Extremitäten 31. —, b. Diabetes mellitus, Behandlung 272.
Gas, patholog. Bildung im thier. Organismus 9. —, solch. bildender Bacillus 230. —, im Harne b. Diabetes mellitus 263. — S. a. Leuchtgas.
Gasphlegmonen, Bezieh. d. Bacterium coli zur Entstehung 9. —, (von *Eugen Fraenkel*) 103.
Gatro-Enterostomie b. Pyloruskrebs 260.
Gaumenspalte, angeb., Wirkung d. Muskulatur 147.
Gebäranstalt in Petersburg, Puerperaleklampsie 157.
Gebärende, Gefrierdurchschnitte 110.
Gebärmutter, Myom (Histogenese u. Aetiologie) 18. (submuköses) 49. —, Vaginofixation 48. 253. —, Retrodeviation, (operative Behandlung) 48. 253. (künstl. zur Deckung von von Peritonaeum entblössten Flächen) 355. —, tuberkulöse Erkrankungen d. Anhänge 49. —, vaginale Exstirpation (wegen Pyosalpinx) 49. (z. Z. der Menopause) 253. —, Zerreissung 50. 257. —, Anatomie u. Symptomatologie d. menstruellen Ausscheidungen 154. —, deciduale Geschwülste 154. —, Irrthum in d. Diagnose d. Krankheiten ders. b. Deviationen d. Rectum 251. —, operative Verkürzung d. Ligamenta rotunda b. Vorfall u. Retroflexion 252. 263. —, Ventrofixation 253. —, Vorfall mit Enterocele 254. —, Anhänge (Operationen) 245. (Entzündung) 254. —, Luftembolie b. Plac. praevia 256. —, Carcinom, Vorkommen in verschied. Altern 155. — S. a. Endometritis; Uteruskrebs.
Gebärmutterhals, Ruptur 50. —, Dehnbark. 110.
Gebrauchsgegenstände, hygiein. Controle 177.
Geburt, b. Spaltbecken mit Blasenektopie 51. —, Mechanismus (nach d. Symphyseotomie) 53. (Demonstration an Gefrierdurchschnitten) 110.
Geburtshinderniss, übermäss. Ausdehnung d. Harnblase d. Foetus 51. —, vom Mastdarme ausgehend 156.
Geburtshülfe, Compendium ders. (von *J. Heitzmann*) 205. — S. a. Klinik.
Gehirn, d. Blutgefässe umgebende Neurogliazellen 6. —, Wirkung d. Reizung d. rechten untern Stirnwindung 7. —, Affektion nach Kohlenoxydvergiftung 20. —, Anatomie mit symptomat. Idiotie u. Epilepsie 22. —, von solch. ausgehende Muskelatrophie 141. —, spast. Parese d. Extremitäten b. Erkrankungen dess. 141. —, Abscess, gerichtsärztl. Beurtheilung 180. —, Zerreissung ohne Schädelfraktur 180. —, Verhalten d. Neuroblasten d. Occipitallappens b. Ophthalmie u. Bulbusatrophie 223. —, Cylindrom 244. — S. a. Centralnervensystem; Encephalitis; Kleinhirn.
Gehirnrinde, Erkrankung b. allgem. Paralyse 105.
Geistoskranke, familiale Verpflegung ders. (von *A. Bothe*) 212.
Geistesstörung, therapeut. Anwendung d. Vibration 32. —, primordiale menstruale 32. —, durch Autointoxikation verursacht 33. —, nach Ovario-Salpingektomie 33. —, b. Basedow'scher Krankheit 138. —, Veränderungen d. Stimme b. solch. 142. — S. a. Irrencolonien; Verbrecher.
Geistige Arbeit (von *Emil Kraepelin*) 214.
Gelenke, Kapselfalteneinklemmung 65. —, Dérangement interne 65. —, Behandlung steifer mit Pendelapparaten 170.
Gelenkkrankheiten b. Syringomyelie 26. —, b. Tripper 47. 77.
Gemüthsbewegungen, Einfluss auf d. Entstehung d. Diabetes mellitus 189.
Genitalien s. Geschlechtsorgane.
Genu, valgum, varum, Entstehung 60.
Geschichte, d. Diphtherie (von *Behring*) 202. —, d. schwed. u. finnischen Medicinalwesens (von *Otto E. A. Hjelt*) 220.
Geschlechtsorgane, Verhalten d. Nerven in dens.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

b. Manne 6. —, Laparotomie wegen Erkrankungen ders. b. Weibe 49.
Geschmacksknospen in d. blattförmigen Papillen d. Kaninchenzunge 119.
Geschwür, syphilit. im Dünndarme 232.
Geschwulst, bösartige, Verhalten d. Leukocyten in solch. 11.
Gesellschaft, med. zu Leipzig, Berichte 110. —, amerikanische ophthalmologische, Verhandlungen 171.
Gesicht, partieller Muskelschwund 29. —, einseit. Schwellung b. peripher. Facialisparalyse nach Kälteeinwirkung 29. —, einseit. Muskelatrophie b. einem Kinde 242.
Gesichtsfeld, b. traumat. Neurosen 195. 273.
Gesundheitswesen in Frankfurt a. M. 214.
Gewebezüchtung 57.
Gicht, am Auge, 171. —, Stoffwechsel b. solch. 200. 248.
Gifte, gegenseit. Antagonismus 239. — S. a. Muskelgift; Virus.
Giftigkeit d. Blutserum b. Puerperaleklampsie 10.
Gipsbrei, aseptischer, Ausfüllung von Knochenhöhlen mit solch. 163.
Gipscorset, Anwendung 258.
Gipsleimverband 257.
Glandula pinealis (Bezieh. zum Centralnervensystem) 223. (Bezieh. zur Schilddrüse) 234. 244. (Veränderungen b. Akromegalie) 243. (Symptome d. Erkrank.) 244.
Glas, Wirkung auf Conserven 177.
Glasur, gesundheitsschädliche an Kochgeschirren 177.
Globulin d. Blutserum, reducirende Substanz in dems. 3.
Glykogen in Geschwülsten d. Nebennieren 131.
Glykosurie, alimentäre 185. 199. —, nach Pankreasexstirpation 186. —, durch Phloridzin erzeugt 187. —, im Wochenbett 261. —, Intensität b. Diabetes 263.
Gonokokken, biolog. Eigenschaften 73. —, Vorkommen u. Sitz 74. —, Wirkung 74. 75.
Gonorrhöe s. Blennorrhöe.
Graaf'scher Follikel, Metamorphosen 117.
Greisenalter, Veränderungen d. elast. Fasern in d. Haut 120. —, Ovariotomie in solch. 252.
Grundriss, d. Histologie (von *Bernh. Rawitz*) 103. —, d. allgem. klin. Pathologie (von *Ludolf Krehl*) 107.
Guajakol, innerl. u. äusserl. b. fieberhaften Krankheiten 18.
Guttapercha, Ausfüllung von Knochenhöhlen mit solch. 163.

Haarwässer, gifthaltige 177.
Hämatom, angeb. d. Sternocleidomastoideus, Bezieh. zu Torticollis 161.
Hämatoporphyrin, im Harne nach Anwendung von Trional 20.
Hämophilie b. einem Neugebornen 161.
Halswirbel, Luxation 27.
Handbuch, d. Kinderkrankheiten (herausgegeben von *C. Gerhardt*, Nachtrag III.) 204. — S. a. Textbook.
Handgelenk, Subluxation d. Cartilago triangularis 65. —, Aetiologie d. Ganglien 167.
Harn, ptomatinartige Substanz in solch. b. chron. Krankheitsprocessen 10. —, Toxine in solch. b. akuten Infektionskrankheiten 10. —, Wirkung d. Diuretins, d. Copaivabalsams, d. Digitalis u. d. Digitalins auf d. Abscheidung 17. —, Hämatoporphyrin in solch. nach Anwendung von Trional 20. —, Einfl. d. Diät auf solch. 146. —, Incontinenz b. Weibe, operative Behandlung 154. —, Ausscheidung von Aetherschwefelsäuren (bei verschied. Krankheiten) 231. 232. (Wirkung d. Antiseptica u. Antipyretica) 231. 232. 266. —, Ausscheidung subcutan injicirter Arzneimittel durch dens. 235. —, Verhalten b. Diabetes mellitus 261. 262. 263. —, Vorkommen von Kohlehydraten im normalen 261. —, Nachweis von Zucker in solch. 261. 262. — S. a. Acetonurie; Dysurie; Glykosurie; Peptonurie; Pneumaturie.
Harnblase, Ektopie b. Spaltbecken 51. —, übermäss. Ausdehnung b. Foetus als Geburtshinderniss 51. —, Verletzung b. d. Laparotomie 63. —, Sectio alta (Naht) 64. (wegen Fremdkörper) 259. —, Extraktion von Fremdkörpern 64. 259. —, photograph. Aufnahme 111. —, Entwicklung 118. —, b. Weibe, Untersuchung 251. — S. a. Cystitis.
Harnkanälchen, gewundene, Veränderungen nach Exstirpation d. Schilddrüse 234.
Harnleiter, überzähliger 50. —, Katheterisation 251.
Harnröhre, Blennorrhöe (Incubationsdauer) 46. (Hautaffektionen, Gelenkkrankheiten) 47. (Wirkung d. Alumnols) 47. (Pathol. u. Behandlung) 73 flg. —, Myom ders. b. Weibe 49. —, Extraktion von Fremdkörpern 64. —, photograph. Aufnahme 111. —, Entwicklung 118. —, b. Weibe (abnorme Kürze als Urs. von Harnincontinenz) 156. (Verengung) 252.
Harnsäure, Lösung durch Lysol 6. —, Ausscheidung unter verschied. Ernährungsverhältnissen 199.
Harnstoff s. Thioharnstoff.
Harnwege, Behandl. d. Erkrankungen 219.
Haut, lymphat. Neubildungen 45. —, Leukämie 45. —, Myome 46. —, Affektion b. Tripper 47. 78. —, seröse, Entzündung, Bedeutung d. Schlummerzellen 90. —, Veränderungen d. elast. Fasern im Alter 120. —, Anästhesie nach subcutaner Injektion von Thiosinamin 134. —, Resorption von Arzneimitteln von solch. aus 235. — S. a. Ekzem; Erythema; Pemphigus; Psoriasis; Purpura.
Hauttransplantation nach *Thiersch* 46. 57.
Hebammen, Leitfaden f. d. Nachprüfungen ders. (von *Karl Waibel*) 208.
Hebammenwesen, zur Reform dess. (von *Ekstein*) 271.
Heidelbeerkraut, Extrakt gegen Diabetes mellit. 271.
Heilserum, gegen Diphtherie 113. 123. 245. —, Wirkung auf Giftzerstörung 123. —, gegen Variola 143. —, Gewinnung 245.
Heluan, Nutzen d. Klimas 179.
Hernia, diaphragmatica 166. —, umbilicalis (Omphalektomie b. d. Radikaloperation) 67. (eingeklemmte, Herniolaparotomie) 259.
Hernie, eingeklemmte (Durchlässigkeit d. Darmwand f. Mikroorganismen) 124. (Anwendung von Aether b. solch.) 166. (Radikaloperation) 166.
Herpes zoster, Bezieh. zu d. Nerven 27.
Herzegowina, Vorkommen von Lepra 150.
Herzkrankheiten, Wirkung d. Jodocoffein u. Jodotheobromins 18. —, Milchkuren b. solch. 178. —, b. Diabetes mellitus 264.
Hinterstränge s. Rückenmark.
Histologie, Grundriss ders. (von *Bernh. Rawitz*) 103. —, d. Grosshirnrindenerkrankungen b. d. allgem. propressiven Paralyse (von *Otto Binswanger*) 105.
Hitze, Einfl. auf d. Darmgährung 146.
Hode s. Orchitis; Testikel.
Holztheer, als Desinfektionsmittel 237.
Holzverband 257.
Hüftgelenk, Resektion 169.
Hühnercholera, Abhängigkeit d. Infektion von d. Zahl d. Bacillen 122.
Hühnereiweiss, bakteriolog. u. chem. Untersuchungen 178.
Humerus, Pseudarthrose mit guter Funktion 169.
Hyalinentartung d. Augenmuskeln als Urs. von Lähmung 241.
Hydrargyrum, *benzoicum*, Injektion gegen Bubonen 47. —, *chloratum*, Wirkung b. Nierenkrankheiten 17.
Hydrazin, physiolog. Wirkung 135.
Hydrocephalus internus mit Symptomen von Hirntumor, complicirt mit symptomenloser Syringomyelie 21.
Hydronephrose, traumatische 114.
Hygieine, d. Barbierstuben 71. — S. a. Leitfaden.
Hygrom, d. Bursa iliaca u. subacromialis 163.
Hymen, Cyste dess. 161.
Hyperthyroidation 137.
Hypnose, therapeut. Anwendung 32.
Hypophysis s. Glandula pinealis.
Hysterektomie, vaginale 49. 253.
Hysterie, traumatische 272.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Jahrbuch d. Wiener Krankenanstalten (I. Jahrg. 1892) 217.
Jahresbericht, d. geburtshülfl. Klinik in d. Charité in Berlin 156. —, über d. Fortschritte in d. Lehre von d. pathogenen Mikroorganismen (von *P. Baumgarten.* VIII.) 214. —, über d. Verwaltung d. Medicinalwesens, d. Krankenanstalten u. d. öffentl. Gesundheitswesen d. Stadt Frankfurt a. M. (XXVI. 1892) 214. —, d. Sabbatsbergkrankenhauses in Stockholm 218.
Icterus, neonatorum (Bezieh. zur Zeit d. Abnabelung) 55. (Dauer, Symptome) 56. —, gravis, Mikroorganismus dess. 230. —, infektiöser fieberhafter 246.
Idiosynkrasie 144.
Idiotie, b. Geschwulst d. Corpp. mamillaria 22. —, Formen 34.
Ileus, Laparotomie wegen solch. 61. —, b. Gallensteinen 167.
Immunität gegen Cholera asiatica 121.
Impfung gegen Lungenentzündung 38.
Indicanurie b. Kindern 162.
Indien, Vorkommen von Lepra 150.
Infektionsfieber 227.
Infektionskrankheiten, akute, Toxine im Harne 10. —, Affektion d. Knochenmarks 11. —, d. Centralnervensystems 24. —, als Urs. von Geistesstörung 33. —, Isolirung b. solch. 70. —, Chlorose als solche 145. —, Muskelrheumatismus als solche 145.
Influenza, Pneumonie b. solch., Verhalten d. Leukocyten 42.
Influenzabacillen, durch solche erzeugte Lungenentzündung 37.
Intubation, b. Keuchhusten 56. —, Vergleich mit d. Tracheotomie 58.
Jodkalium, Resorption durch d. Haut in Salbenform 235.
Jodocoffein, physiolog. u. therapeut. Wirkung 18.
Jodothein, physiolog. u. therapeut. Wirkung 18.
Jodotheobromin, physiol. u. therapeut. Wirkung 18.
Iris, Cystenbildung 67. —, Spindelzellensarkom 67. —, Dislokation unter d. Conjunctiva 177.
Iritis, transitor. Myopie b. solch. 68.
Irrencolonien 210flg.
Ischias scoliotica 60.
Isolirung b. ansteckenden Krankheiten 70.
Jugendspiele, hygiein. Bedeutung 179.

Kälte, als Urs. peripher. Facialparalyse mit einseit. Gesichtsschwellung 29.
Kalium s. Bromkalium; Jodkalium.
Kalk, kohlensaurer gegen Cholera 19.
Katarrh, d. venerische, dessen Pathologie u. Therapie (von *Eduard Lang*) 204.
Katheterisation d. Ureteren 251.
Kehlkopf, d. Erkrankungen dess. (von *Carl Fr. Th. Rosenthal*) 208. — S. a. Larynx.
Keratoconus, Entstehung u. Behandlung 67.
Keratoplastik, partielle 67.
Keuchhusten, Intubation b. solch. 56.
Kind, krankes, Ernährung, Stoffwechsel 56. —, Choleraexanthem b. solch. 56. —, Litholapaxie 64. —, Urethritis u. Vulvo-Vaginitis 81. —, Sarkom d. Nebenniere 131. —, embryonale Geschwulst in d. Nierengegend 131. —, Indicanurie 162. —, einseitiger Schwund d. Gesichtsmuskeln 242. —, in *geburtshülfl. Beziehung,* Wendung auf d. einen Fuss 51. — S. a. Foetus; Neugeborne; Schulkinder.
Kindbettfieber u. Hebammenfrage (von *Maisch*) 207.
Kinderernährung u. Diätetik (von *L. Unger*) 204.
Kinderkrankheiten, Handbuch ders. (herausgeg. von *C. Gerhardt,* Nachtrag III.) 204.
Kleinhirn (von *Luigi Luciani,* übersetzt von *O. Fränkel*) 208.
Klima von Heluan, Nutzen b. Krankheiten 179.
Klimakterium, Bezieh. zu Uteruscarcinom 155. —, Hysterektomie nach solch. 253. — S. a. Menopause.
Klinik, geburtshülfl. in d. Charité in Berlin, Bericht 156.
Klumpfuss, Behandlung 60. 67.
Kniegelenk, Luxation d. Semilunarknorpels 65. —, Erkrankung b. Tripper 77. —, Exartikulation 170. —, bogenförm. Resektion 170. —, winklige Ankylose, Operation 170. — S. a. Genu.
Knochen, Erkrankung nach Otitis 58. —, angeb. Defekt am Thorax 121. —, Ausfüllung von Höhlen mit todtem Material 163. —, Naht mit versenkten Metallnähten 164. —, über Transformation derselben (von *A. Lorenz*) 205. —, Veränderungen in Amputationsstümpfen 260. — S. a. Osteomalacie; Osteomyelitis.
Knochenmark, Affektion b. Infektionskrankheiten 11. —, Riesenzellenembolie 233.
Knorpel, Entwicklung 93. —, Veränderungen nach Exstirpation d. Schilddrüse 235. — S. a. Cartilago.
Kochapparat f. Wasser 72.
Kochgeschirr, gesundheitschädliche Glasur 177.
Körper, feste, Absorption 11.
Körpertemperatur, krankhafte Steigerung d. Erzeugung als Urs. d. Fiebers 15. —, hohe als Todesursache nach Frakturen 164.
Kohlehydrate, Verhalten im Organismus b. Diabetes mellitus 188. —, Bezieh. zum Eiweissumsatz 199. —, Vorkommen im Harne 261.
Kohlenoxyd, Vergiftung, nervöse Nachkrankheiten 20.
Kopf, Angioma racemosum an solch. 163.
Kopfverletzung, Ophthalmoplegie nach solch. 241.
Kost, gemischte, Ausnutzung b. Aufnahme verschied. Brotsorten 176.
Krankenanstalten in Wien, Bericht f. 1892 217.
Krankenhaus, d. kleinen Städte, welche Aufgaben erfüllt es u. wie ist es einzurichten? (von *Mencke*) 216.
Krankenhäuser, Isolirräume f. ansteckende Krankheiten 70.
Krankheiten d. Mundhöhle, d. Rachens u. d. Kehlkopfs (von *Albert Rosenberg*) 203.
Krebs, Entwicklung aus Naevi 12. —, Verhalten der Leukocyten in solch. 12. —, operative Behandlung 59. 258. —, Histogenese 91. 125. —, Pathogenese 125. —, d. Niere, Formen 128. —, d. Leber mit Pseudofluktuation 147. —, d. Bartholinischen Drüsen 154. —, d. Uterus, Vorkommen in verschied. Altern 155. —, d. Augenhöhle 241. —, d. Pylorus, operat. Behandlung 247. —, d. Kehlkopfs, Laryngektomie 258. — S. a. Adenocarcinom; Lungenkrebs; Magenkrebs; Uteruskrebs.
Kreislauf, venöser, Bezieh. d. Nebennieren zu solch. 6. —, Milchkuren b. Störungen dess. 178.
Kropf, Operation b. Basedow'scher Krankheit 139. 140. —, anatom. Veränderungen 234.
Kupferfarben, arsenhaltige 177.
Kurzsichtigkeit s. Myopie.
Kyphose b. Schulkindern 258.

Labyrinth, Funktion 223.
Lähmung, akute aufsteigende, Aetiologie 24. —, mit Sklerodermie b. Myelitis dorsalis 25. —, peripher. d. N. facialis, einseit. Gesichtschwellung b. solch. 29. —, vasomotor. an d. Extremitäten 29. 30. —, d. Muskulatur in Folge von Arteriosklerose 145. —, d. N. laryngeus posticus 148. —, d. Augenmuskeln 240. 241. —, d. Oculomotorius 241. — S. a. Bulbärparalyse; Paraplegie; Parese.
Laktohämie, puerperale 199.
Laktosurie, puerperale 199.
Laparotomie, b. Erkrankungen d. weibl. Genitalien 49. —, wegen Ileus 61. —, wegen Volvulus d. Flexura sigmoidea 62. —, Verletzung d. Harnblase b. solch. 63. —, b. Entzündung d. Uterusanhänge 255. —, b. Schussverletzungen d. Unterleibs 259.
Laqueur vaginae, Zerreissung 257.
Laryngectomie, wegen Krebs 59. 258.
Larynx, Verschiebung b. Luxation d. Halswirbel 27. —, chron. Blennorrhöe 43. —, Lipom 44. —, Exstirpation wegen Krebs 59. 258. —, künstlicher 59. —, Krankheiten dess. 203. —, Anatomie d. Nerven 221.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Leben, Intensität im Körper 103.
Lebensmittel, Controle 177. —, Versorgung d. Städte mit solch. 216.
Leber, Krebs mit Pseudofluktuation 147. —, Atrophie durch Streptokokken verursacht 230.
Leberkrankheiten, Glykosurie b. solch. 185. —, b. Diabetes mellitus 190. —, Aetherschwefelsäuren im Harne b. solch. 231. 232.
Leberzellen, Embolie von solch. 233.
Lehrbuch, d. speciellen Chirurgie (von *Franz Koenig*, 6. Aufl. III. Bd.) 108. —, d. Frauenkrankheiten (von *Herm. Fehling*) 109. —, d. speciellen Pathologie u. Therapie d. inneren Krankheiten (von *Adolf Strümpell*, I. Bd.) 203.
Leitfaden, d. Hygieine (von *Aug. Gärtner*) 110. —, f. d. Nachprüfungen d. Hebammen (von *Karl Waibel*) 208.
Leitungswiderstand, galvanischer, Verhalten bei traumat. Neurosen 275.
Lepra, zur Geschichte 148. 149. —, Erblichkeit 150. —, Contagiosität 151. —, Uebertragung durch d. Vaccination 151. —, Aetiologie 152. —, Prophylaxe 152. —, Tuberkulose d. Eingeweide b. solch. 152. —, anaesthetica, Veränderungen im Rückenmark u. in d. peripher. Nerven 153. —, tuberosa (Behandlung mit Europhen) 153. (Histologie d. hyperäm. Flecke) 153.
Leprabacillus, pathogene Wirkung 151. —, Verwandtschaft mit d. Tuberkelbacillus 152. —, Embolie mit solch. 153.
Leprom, Riesenzellen in solch. 153.
Leuchtgas, Vergiftung, nervöse Nachkrankheiten 20.
Leukämie, d. Haut 45. —, Ausnutzung d. Nahrung b. solch. 200.
Leukocyten, chem. Constitution 3. —, Verhalten in bösartigen Geschwülsten 11. —, Verhalten b. Influenza, croupöser u. katarrhalischer Pneumonie 42.
Ligamentum rotundum, operative Verkürzung b. Prolapsus u. Retroflexio uteri 252. 253.
Ligatur d. Artt. iliacae wegen Prostatahypertrophie 65.
Lipom, chem. Zusammensetzung 4. —, d. obern Luftwege 44. —, multiples symmetrisches 57. —, präperitonäales 163. —, subseröses 163.
Lippe, Rankenangiom 163.
Lithium s. Bromlithium; Chlorlithium.
Litholapaxie b. Kindern 64.
Lithotripsie b. Kindern 64.
Luftembolie in d. Uterusvenen b. Placenta praevia 256.
Lufttemperatur, Wirkung auf d. Darmgährung 146.
Luftwege, obere (chron. Blennorrhöe, Bezieh. zu Scleroma respiratorium) 43. (Lipome) 44.
Lunge, Induration nach Lungenentzündung 39. —, Verkäsung b. fibrinöser Pneumonie 40. —, Resektion ders. u. d. Thoraxwand 165.
Lungenarterie, Embolie während Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett 54.
Lungenemphysem, Schlummerzellen b. solch. 87.
Lungenentzündung, Diagnose (differentiale) 37. (frühzeitige) 38. —, croupöse, fibrinöse (epidem. Auftreten) 37. (Impfung gegen solche) 38. (Uebergang in Verkäsung) 40. (Entstehung d. fibrinösen Exsudats) 39. (Lungeninduration nach solch.) 39. (Infektion) 40. (Cerebrospinalmeningitis u. Endokarditis nach solch.) 40. (Erysipelkokken neben Pneumokokken) 41. (nach Cholera) 41. (Behandlung) 42. (Verhalten d. Leukocyten) 42. —, b. Influenza (Diagnose) 37. (Verhalten d. Leukocyten) 42. —, katarrhalische, Verhalten d. Leukocyten 42. — S. a. Febris.
Lungenkrebs, Histogenese 12.
Lupus vulgaris, Behandlung (Pyrogallol) 46. (chirurgische) 46.
Luxation, d. Halswirbel 27. —, d. Zungenbeins 27. —, d. Semilunarknorpel im Kniegelenk 65. —, d. Talus 66. —, d. Radiusköpfchens 66. — S. a. Subluxation.
Lycetol, harnsäurelösendes Mittel 16.
Lymphe, Bildung ders. 7.
Lymphknötchen in d. Darmwand, Entwicklung, Zusammensetzung u. Funktion 120.

Madeira, Lepra das. 152.
Magen, Inhalt (Rhodan in solch.) 3. (Nachweis von Milchsäure u. Fettsäure) 3. —, Ausscheidung subcutan eingespritzter Arzneimittel in dems. 235. — S. a. Pylorus.
Magenkrebs, ptomatinartige Substanz im Harne 10.
Magensaft, Beschaffenheit b. Hunde 223.
Makrodaktylie mit Syndaktylie 169.
Malaria, Anwend. d. subcutanen Injektion von Fowler'scher Arseniklösung 133.
Malariaparasiten, Wirkung d. Chinins u. d. Methylenblau 133.
Mamma s. Brustwarze.
Markthallen, Anlage 216.
Mastdarm s. Rectum.
Maueranstrich, arsenhaltiger 177.
Maus, Befruchtung d. Eies b. solch. 118.
Medicinalwesen, in Frankfurt a. M. 214. —, Geschichte dess. in Schweden u. Finland (von *Otto E. A. Hjelt*) 220.
Medulla oblongata, Wirkung d. Reizung b. einem Enthaupteten 7.
Melanosarkom, Beziehung zu Pigmentnaevus 12.
Meningitis, nach Pneumonie 40. — S. a. Pachymeningitis.
Meningocele am Nasenrücken 43.
Menopause, Bezieh. zu Uteruscarcinom 155. —, Hysterektomie zur Zeit derselben 253.
Menstruation, Bezieh. zu Geistesstörung 32. —, Anatomie u. Symptomatologie d. Abscheidungen 154. —, Stoffwechsel während ders. 200.
Metallnaht, versenkte d. Knochen 164.
Metasyphilis 104.
Methylalkohol, Oxydation im Thierkörper 135.
Methylenblau, Wirkung gegen Malaria 133.
Mikroorganismen, als Urs. von Oedem 8. —, Durchlässigkeit d. Darmwand f. solche 125. —, d. Ikterus gravis 230. — S. a. Jahresbericht.
Milch, Sterilisation 72. — S. a. Ziegenmilch.
Milchdiät, Milchkur, Einfl. auf Harn u. Allgemeinbefinden b. Bright'scher Krankheit 146. —, b. Kreislaufstörungen 178.
Milchdrüsen, Bau u. Funktion 118.
Milchsäure, Nachweis im Mageninhalt 3. —, in Muskeln 4.
Milchzucker, Verhalten im Organismus 183.
Milz, Hypertrophie b. Chlorose 145.
Milzarterie s. Arteria.
Milzbrandsporen, Wirkung der Neutralsalze auf solche 122.
Mittelohr, Myositis nach Erkrankungen dess. 249. 250.
Monochlorphenol, Desinfektionswirkung 238.
Monostomum lentis 198.
Morbus s. Addison'sche, Basedow'sche, Bright'sche, Morvan'sche, Raynaud'sche, Weil'sche Krankheit.
Morphinismus, chronischer, Heilung ohne Zwang (von *Otto Emmerich*) 213.
Morphium, Ausscheidung durch d. Speichel nach subcutaner Injektion 232.
Morvan'sche Krankheit, Bezieh. zu Syringomyelie 26.
Mundhöhle, Erythema multiforme d. Schleimhaut 44. —, Krankheiten ders. 203.
Muscarin, Antagonismus mit Digitalin 239.
Musculus sternocleidomastoideus, angeb. Hämatom, Bezieh. zu Torticollis 161.
Muskel, quergestreifte, chem. Beschaffenheit 4. —, freie Milchsäure in solch. 4. —, troph. Veränderungen nach Zerreissung 120. —, angeb. Defekt am Thorax 121. —, willkürliche, primäres Angiom 132. —, progressive Dystrophie 141. —, Lähmung in Folge von Arteriosklerose 145. —, Wirkung b. angeb. Gaumenspalte 147. —, Abscesse b. Strumitis 250. — S. a. Augenmuskeln; Dermatomyositis.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Muskelarbeit, Lymphbildung b. ders. 7.
Muskelatrophie, partielle d. Gesichts 29. —, cerebrale 141. —, myopathische 141. —, einer Gesichtshälfte b. einem Kinde 242.
Muskelfasern, quergestreifte, Entwicklung 89. —, physiolog. Bedeutung d. Querstreifung 120.
Muskelgift, Curare 135.
Muskelrheumatismus als Infektionskrankheit 145.
Mycosis fungoides, Wesen 45.
Myelitis, dorsalis (mit nervöser Taubheit complicirt) 23. (Sklerodermie d. gelähmten Glieder) 25. — S. a. Poliomyelitis.
Myoklonie, Aetiologie u. Symptome 29.
Myom, d. Uterus (Histogenese u. Aetiologie) 13. (submuköses) 49. —, d. Haut 46. —, d. Harnröhre beim Weibe 49.
Myopie, transitorische b. Iritis 68. —, diabetische 68.
Myosarkom s. Adenoma.
Myositis s. Dermatomyositis.

Nabelhernie, Omphalektomie b. d. Radikaloperation 167. —, eingeklemmte, Herniolaparotomie 259.
Nabelstrang, Histologie 118.
Nacken, Rankenangiom 163.
Nadelholztheer, russischer, Desinfektionswerth 237.
Nägel, Affektion b. Tripper 78.
Naevus, pigmentosus, Bezieh. zu Melanosarkom 12. —, Entwicklung von Carcinom aus solch. 12.
Nahrung, Einfluss fraktionirter Aufnahme auf d. Stoffwechsel 175. —, Einfl. auf d. Harnsäureausscheidung 199. —, Ausnutzung b. Leukämie 200. — S. a. Kost.
Nahrungsmittel, hygiein. Untersuchungen 177.
Naht, *Czerny-Lembert*'sche, Anwendung b. Darmresektion 62. —, d. Harnblase b. Sectio alta 63. 64. —, d. Knochen mit Metall 164.
Narkose, durch Aether 133. 222. 239. 240. —, durch Pental 134. 240. —, durch Chloroform 222. 239. 240.
Nase, Meningocele am Rücken ders. 43.
Nasenbluten, habituelles 43.
Nasenrachenraum, Adenoidgeschwülste, Einfl. auf d. Tonsillen 43.
Natron, salicylicum, Resorption durch d. Haut in Salbenform 235. —, bicarbonicum, Anwendung b. Diabetes mellitus 270.
Neapel, Volksernährung daselbst 175.
Nebenhode s. Epididymitis.
Nebennieren, Bezieh. zu d. Venen u. zum venösen Kreislaufe 6. —, von Keimen ders. ausgehende Geschwülste d. Nieren 129. —, Funktion 131. —, Sarkom b. einem Kinde 131. —, Glykogengehalt in Geschwülsten ders. 131. —, Erkrank. b. Addison'scher Krankheit 249.
Nephritis, b. Scharlach (Pathologie u. Therapie) 35. (septische) 36. —, infektiöse, Anwendung d. Aderlasses 146. —, während d. Schwangerschaft 157. —, Darmaffektion b. solch. 232. —, b. Diphtherie 245.
Nerven, Verhalten in d. männl. Genitalien 6. —, Endigung in d. Thränendrüsen 6. —, Beziehung d. Herpes zoster zu solch. 27. —, vasomotorische, Lähmung an d. Extremitäten 29. 30. —, peripherische, Veränderungen b. Lepra anaesthetica 153. —, d. Kehlkopfs, Anatomie 221. —, in d. Augenhöhle, Zerstörung durch Krebs 241.
Nervenkrankheiten, therapeutische Anwendung d. Vibration 32. —, b. Tripper 78. —, Glykosurie b. solch. 185. — S. a. Neurosen.
Nervensystem, Erkrankung b. Syphilis 24. —, Bezieh. zu Basedow'scher Krankheit 137. —, Bezieh. zu Diabetes mellitus 264. — S. a. Centralnervensystem.
Nervus, *facialis*, peripher. Lähmung mit einseit. Gesichtsschwellung 29. —, *hypoglossus*, idiopath. Krampf 148. —, *laryngeus* posticus, Lähmung 148. —, *oculomotorius*, recurrirende Lähmung 241. —, *opticus* (Wirkung von Intoxikationen auf solch.) 68. (absteigende Atrophie nach Schädelverletzung) 69. (Erkrankung b. Polyneuritis) 142. (Erkrankung b. Gicht) 171. —, *sympathicus*, Bezieh. zur Innervation d. Kehlkopfs 222.
Netzhaut s. Retina.
Neubildung, lymphat. d. Haut 45. —, im Unterleib, diagnost. Hülfsmittel 147.
Neugeborne, Ikterus (Bezieh. zur Zeit d. Abnabelung) 55. (Dauer, Symptome) 56. —, Tetanus 56. —, Hämophilie 161. —, Behandl. d. blennorrh. Ophthalmie 171. 172. —, Folgen d. Vergrösserung d. Schilddrüse 234.
Neuralgie s. Erythromelalgie.
Neuritis, multiple (alkohol. u. diphther., anatom. Veränderungen d. Nerven) 27. (mit Erkrankung d. Sehnerven) 142.
Neuroblasten d. Occipitallappens, Verhalten b. Anophthalmie u. Bulbusatrophie 223.
Neurogliazellen, Blutgefässe im Gehirn umgebende 6.
Neurosen, traumatische (Vorkommen, Entstehung) 191. 196. (Simulation) 192. 275. (Verhalten d. Gesichtsfelds) 195. 273. (Symptome) 272. 273. 274. 275. (Verhalten d. galvan. Leitungswiderstands) 275.
Neutralsalze, Wirkung auf Serumalexine, Enzyme, Toxalbumine, Blutkörperchen u. Milzbrandsporen 122. —, Einfl. auf d. Absonderung d. Pankreassaftes 226.
Niere, Veränderung b. Sulfonalvergiftung 20. —, Wirkung d. Bleies auf dies. 20. —, Adenom, Struktur 127. —, Carcinom, Formen 128. —, Adenosarkom 128. —, von Nebennierenkeimen ausgehende Geschwülste 129. —, embryonale Drüsengeschwulst in d. Gegend ders. 131. —, Affektion während d. Schwangerschaft 157. —, Veränderungen nach Exstirpation d. Schilddrüse 234. —, Wirkung d. Aethers u. d. Chloroforms auf dies. 240. — S. a. Hydronephrose; Nephritis; Schrumpfniere.
Nierenkrankheiten, Wirkung d. Calomel 17. —, b. Diphtherie u. Scharlach 35. —, Milchkuren 178.
Nitritvergiftung, Cholera als solche 19.
Nucleine, Aufnahme im thier. Organismus 4. —, Einwirkung von eiweissverdauenden Fermenten auf solche 4.
Nucleohiston 3.
Nystagmus, angeborner, Diagnose 241. —, dems. ähnl. Zuckungen b. Gesunden 242.

Oberarm s. Humerus.
Oberschenkel s. Femur.
Oculomotorius s. Nervus.
Oedem, durch Mikroorganismen verursacht 8.
Oesophagus, Varices in solch. 116.
Ohrlabyrinth, Funktion 223.
Omphalektomie b. Operation d. Nabelhernien 167.
Oophoritis, anatom. Veränderungen 13. —, operative Behandlung 255.
Operationen, geburtshülfliche, zur Statistik 252. — S. a. Ersatzoperationen.
Ophthalmie s. Augenentzündung.
Ophthalmologische Gesellschaft, amerikan., Verhandlungen 171.
Ophthalmoplegie, nucleare 240. —, durch hyaline Degeneration verursacht 241. —, durch Blitz verursacht 241. —, nach Verletzung 241. — S. a. Nystagmus.
Opium, Anwendung b. Diabetes mellitus 270.
Opticus s. Nervus.
Orchitis, idiopathische 48. —, b. epidem. Parotitis 246.
Ordinationsformeln aus d. Syphilisabtheilung (von *E. Lang*) 202.
Ortssinn, Störungen 21.
Orthopädie b. Skoliose 61.
Osteomalacie b. Männern 145.
Osteomyelitis, akute (Formen) 8. (d. Wirbel) 59. —, langdauernde Virulenz in einem Herde eingeschlossener Staphylokokken 230.
Ostseeprovinzen, russische, Vorkommen d. Lepra 150.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Otitis, Knochenerkrankungen nach solch. 33. —, Myositis nach solch. 249. 250.
Ovariotomie, b. Greisinnen 252.
Ovarium, anatom. Veränderungen b. Salpingo-Ovariitis u. Pyosalpinx 13. —, Tuberkulose, Behandlung 49. —, Ueberwanderung d. Eies von dems. zur Tuba 50. —, Schwangerschaft in dems. 159. —, Veränderungen nach Exstirpation d. Schilddrüse 234. — S. a. Oophoritis.
Oxalsäure, Ausscheidung im Harne b. Diabetes 262.

Pachymeningitis cervicalis hypertrophica, syphilit. Ursprungs 22.
Pankreas, Anfänge d. Absonderungswege 119. —, Bezieh. zur Entstehung von Diabetes mellitus 186. —, Absonderung d. Saftes 226. —, Extrakt aus solch. gegen Diabetes 271.
Papier, arsenhaltiges 177.
Papillen, blattförmige d. Kaninchenzunge, Geschmacksknospen in dens. 119.
Parästhesie, neurotische 30. 31.
Paralysis, ascendens acuta, Aetiologie 24. —, universalis progressiva (Aetiologie, Bezieh. zu Syphilis) 33. (Erkrankung d. Gehirnrinde b. solch.) 105. — S. a. Bulbärparalyse.
Paramyoclonus multiplex, Aetiologie u. Symptome 29.
Paraplegie, syphilitische, Diagnose 26. —, nach Pott'scher Krankheit, Trepanation d. Wirbelsäule 165.
Parasiten d. Menschen u. d. von ihnen herrührenden Krankheiten (von *Rud. Leuckart*, 2. Aufl. I. 5.) 198.
Parasyphilis 104.
Paratyphlitis 110.
Parenchymzellen, Embolie 233.
Parese, spast. d. Extremitäten b. Erkrankungen d. Gehirns u. Rückenmarks 141.
Parotitis, epidemische, Behandlung 246.
Parovarium, Morphologie u. Histologie 221.
Pelottenbandage gegen Skoliose 61.
Pemphigus acutus, histolog. Veränderungen, Bakterien b. solch. 251.
Pendelapparate zur Behandlung steifer Gelenke 170.
Pental, Narkose durch solch. 134. 240.
Pepsin, Bildung b. Hunde 223.
Pepsinverdauung, Einfl. d. Chloroforms 224.
Peptone im Tuberkulin 16.
Peptonurie b. akuter Phosphorvergiftung 136.
Perinaeum, Plastik 154.
Periosteitis albuminosa 164.
Peritonaeum, Blutung unter dems. b. Scorbut 162. —, Lipom vor dems. 163. —, Behandl. b. Unterleibsoperationen 259.
Peritonitis, durch Tripper verursacht 77. —, Aetiologie 124. —, durch Perforation 125. —, diffuse eitrige, operative Behandlung 259.
Pferdefleisch, Erkennung u. Nachweis 177.
Phagocytose, Bedeutung d. Riesenzellen 10.
Pharynx, Erythema multiforme d. Schleimhaut 44. —, Krankheiten dess. 203. — S. a. Nasenrachenraum.
Phenole s. Bromphenole; Chlorphenole.
Phlegmone mit Gasbildung 9.
Phloridzin, Glykosurie durch solch. erzeugt 187.
Phosphor, akute Vergiftung, Peptonurie 136.
Photographie d. Harnblase u. Harnröhre 111.
Pigmentmal, Entwicklung von Carcinom aus solch. 12. —, Bezieh. zu Melanosarkom 12.
Placenta, Entwicklung 14. —, Embolie d. Zellen aus solch. 233. —, praevia (Beziehung zu Placenta membranacea) 50. (marginalis, partialis, centralis) 256. (Luftembolie b. solch.) 256.
Planum inclinatum f. Unterleibsoperationen 259.
Plattfuss, Behandlung 60.
Pleurahöhle, Durchtritt von Baucheingeweiden in dies. durch einen angeb. Zwerchfelldefekt 166.
Pleuritis, eitrige, Saugapparat zur Behandlung 165.
Pneumaturie, durch Bacterium lactis aërogenes hervorgerufen 9. —, b. Diabetes mellitus 263.
Pneumokokken, b. Lungenentzündung 37. 38.
Pocken s. Variola.
Poliomyelitis anterior acuta 27.
Polyarthritis blennorrhagica 47.
Polyneuritis, alkohol. u. diphther., Veränderungen d. Nerven 27. —, mit Erkrankung d. Sehnerven 142.
Pott'sche Wirbelkrankheit, Skoliose b. solch. 60. —, Drainage d. Wirbelsäule 61. —, Paraplegie nach solch., Trepanation d. Wirbelsäule 165.
Processus vermiformis, Perforation 205.
Prostata, Hypertrophie (Unterbindung d. Art. iliaca) 65. (Dysurie b. solch.) 219.
Proteine im Tuberkulin 16.
Pseudarthrose, d. Femur, chirurg. Behandlung 169. —, d. Humerus mit guter Funktion d. Extremität 169.
Pseudostimme 59.
Psoriasis, Nutzen d. Thiosinamininjektionen 134. —, Anwend. d. Gallanols 134.
Ptomatin, solch. ähnl. Substanz im Harn 10.
Puerperaleklampsie, Giftigkeit d. Blutserum 10. —, in d. Petersburger Gebäranstalt 157.
Puerperalfieber, Sterblichkeit an solch., Bedeutung d. Antiseptik 55. — S. a. Kindbettfieber.
Pupille, Ungleichheit, Vorkommen u. Bedeutung 242.
Purpura, Aetiologie u. pathol. Anatomie 44. —, recurrens 251.
Pyloroplastik 61.
Pylorus, Carcinom, operative Behandlung 259. 260.
Pyosalpinx, anatom. Veränderung d. Ovarium b. solch. 13. —, Perforation, operative Behandlung 49.
Pyrogallol, gegen Lupus vulgaris 46.
Pyrotoxinum bactericum 227.

Quecksilber s. Hydrargyrum.
Querstreifung d. Muskelfasern, physiolog. Bedeutung 120.
Quetschung d. Rückenmarks, Degeneration nach solch. 26.

Rachen s. Nasenrachenraum; Pharynx.
Radius, Luxation d. Köpfchens 66. —, Fraktur, Einfl. auf d. Erwerbsfähigkeit 180.
Railway spine 194.
Rankenangiom, an d. obern Extremität 57. —, am Kopf 163. —, am Fuss 163.
Raynaud'sche Krankheit 31.
Realencyklopädie d. gesammten Heilkunde (herausgegeben von *A. Eulenburg*) 202.
Recidive d. Uteruskrebses (von *G. Winter*) 206.
Rectum, von solch. ausgehende Geburtsstörungen 156. —, von solch. ausgehende Ursachen zu diagnost. Irrthümern b. Frauenkrankheiten 251.
Regenbogenhaut s. Iris.
Reizzustand, Schwankungen dess. 103.
Resektion, d. Darms (Indikationen) 62. (Anwendung d. *Czerny-Lembert*'schen Nähte) 62. —, d. Thoraxwand u. d. Lunge 165. —, d. Hüftgelenks 169. —, d. Kniegelenks, bogenförmige 170. —, d. Pylorus 260.
Resorptionsfieber b. d. Entbindung u. im Wochenbett 54.
Retina, Erkrankung b. Gicht 171. —, Anatomie 223.
Retroflexion d. Uterus, Behandlung 48.
Rheumatismus s. Muskelrheumatismus.
Rhodan, im Mageninhalte 3. —, im Harne b. Diabetes mellitus 263.
Riesenzellen, Bedeutung f. d. Phagocytose 10. —, in Lepromen 153. —, Embolie im Knochenmark 233.
Rindenblindheit 21.
Rose, Rothlauf s. Erysipelas.
Rückengurt, orthopädischer 61.
Rückenmark, Affektion nach Kohlenoxydvergiftung 20. —, Halstheil (chron. Compression) 23. (Sarkom) 23. —, combinirte Systemerkrankung 24. —, Hinterstrangsklerose u. Degeneration d. grauen Vordersäulen 24. —, totale traumat. Zerstörung 25. —, Degeneration nach Quetschung 26. —, spast. Parese d. Extremitäten b. Erkrankungen dess. 141. —, Veränderung b. Lepra anaesthetica 153. —, Chirurgie 205. —

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

S. a. Bulbärparalyse; Centralnervensystem; Myelitis; Pachymeningitis; Syringomyelie.
Ruhr s. Dysenterie.
Russland, Lepra in d. Ostseeprovinzen 150.

Saccharimeter 262.
Säure, arsenige, Schicksale im Organismus 236.
Säuren, organische, Wirkung auf Cholera- u. Typhusbakterien 72.
Salben, Resorption in solch. enthaltener Arzneimittel durch d. Haut 235.
Salicylsäure, Verhütung der Nebenwirkung durch Ergotin 16.
Salol, Anwendung b. Diabetes mellitus 271.
Salpingektomie, Geistesstörung nach solch. 33.
Salpingo-Oophoritis, anatom. Veränderungen d. Ovarium 13. —, operative Behandlung 255.
Salpetrige Säure als Gift d. Cholera 19.
Salze s. Neutralsalze.
Saprol, Desinfektionsmittel 71.
Sarkom, Verhalten d. Leukocyten in solch. 11. —, des Halsmarks 23. —, d. Nebennieren b. einem Kinde 131. —, d. Uterus mit Deciduazellen 154. — S. a. Adenom; Adenosarkom; Melanosarkom; Spindelzellensarkom.
Sauerstoff, Anwendung b. Pneumonie 42.
Saugapparat f. d. Behandl. d. eitrigen Pleuritis 165.
Scarlatina, Nephritis (Pathol. u. Therapie) 35. (septische) 36. —, puerperalis 54. —, antipyret. Behandlung 255.
Schädel, Verletzung, Atrophie d. Opticus nach solch. 69. —, Fraktur (Einklemmung eines Hufsplitters) 164. (Fehlen b. Hirnzerreissung) 180.
Schamfugentrennung, Rehabilitation ders. (von *Franz Ludw. Neugebauer*, 1. Theil) 109. — S. a. Symphyseotomie.
Schanker, weicher (Behandlung mit Wärme) 47. (multiples Auftreten) 48.
Scharlachfieber s. Scarlatina.
Schilddrüse, Bezieh. zur Entstehung d. Basedow'schen Krankheit 136. 137. —, Unterbindung d. Arterien b. Basedow'scher Krankheit 189. —, normale u. patholog. Anatomie 234. —, Folgen d. Vergrösserung b. Neugebornen 234.
Schilddrüsensaft, Anwend. b. Akromegalie 243.
Schlachthöfe, Anlage 216.
Schleimbeutel, Hygrome 163.
Schleimgewebe, Entwicklung u. Formen 92.
Schlummerzellen, Begriff u. Vorkommen 83 flg. —, Bezieh. zur Entstehung von sept. Krankheiten 201.
Schmerz, Simulation, Nachweis 276.
Schreiben, Störungen dess. 33. —, mit der linken Hand 33.
Schrumpfniere, Adenom 128.
Schulhygieine 70.
Schulkinder, Rückgratsverkrümmungen b. solch. 258.
Schultergelenk, Caries 260.
Schussverletzung penetrirende d. Unterleibs 259.
Schwangerschaft, Embolie d. Lungenarterie 54. —, Bedeutung f. d. Entstehung d. Basedow'schen Krankheit 137. —, Affektion d. Niere während ders. 157. —, ektopische 158. 159. 160. —, Unterbrechung b. chron. Herzfehlern 255.
Schwankungen d. Reizzustands (von *K. Francke*) 103.
Schwefeläther s. Aether.
Schwefelsäure s. Aetherschwefelsäuren.
Schweflige Säure in Conserven 177.
Schweinefett, amerikanisches, Fälschungen 177.
Schwingungen, mechanische, therapeutische Anwendung 32.
Sclerom a respiratorium, Bezieh. zu chron. Blennorrhöe d. oberen Luftwege 43.
Scorbut mit subperitonäalen Blutungen 162.
Sectio, alta (Blasennaht) 63. 64. (Indikationen) 64. (b. Fremdkörpern in d. Blase) 259. —, mediana, Indikationen 64.
Sehcentrum im Occipitallappen 223.
Sehnenzellen, erwachende 97.
Sehnerv s. Nervus.
Sehproben (von *Albrand*) 204.
Selbstreinigung d. Flüsse 70.
Semilunarknorpel im Kniegelenk, Luxation 65.
Septikämie, hämorrhagische, Streptococcus als Ursache 8. —, Dermatomyositis b. solch. 249. 250.
Septische Krankheiten, Versuch einer Theorie ders. (von *Alexander Marmorek*) 200.
Seröse Häute, Entzündung, Schlummerzellen bei solch. 90.
Serum s. Blutserum; Heilserum.
Serumalexine, Wirkung d. Neutralsalze auf solche 123.
Serumtherapie, b. Diphtherie 113. 123. —, b. Pocken 143.
Simulation b. traumat. Neurosen 192. 275.
Sinus frontalis, Empyem, Diagnose u. Behandlung 43.
Sklerodermie d. gelähmten Glieder b. Myelitis dorsalis 25.
Sklerose, d. Hinterstränge d. Rückenmarks 24. — S. a. Arteriosklerose.
Skoliose, Ursache 60. —, b. Malum Pottii 60. —, Behandl. d. beginnenden 60. —, b. Ischias 69. —, orthopäd. Behandlung 61. —, Anwendung d. Gipscorsets 258. —, b. Schulkindern 258.
Sommerhitze, Einfl. auf d. Darmgährung 146.
Sonderkrankenhäuser für ansteckende Krankheiten 70.
Speichel, Ausscheidung d. subcutan injicirten Morphium durch dens. 235.
Speicheldrüsen, Anfänge d. Absonderungswege 119.
Speiseröhre s. Oesophagus.
Spiele, hygiein. Bedeutung 179.
Spielwaaren, gifthaltige 177.
Spindelzellensarkom d. Iris 67.
Spiraldrahtverbände 257.
Sporen s. Milzbrandsporen.
Sputa, Pneumokokken in dens. 28.
Städte, Krankenhäuser in kleinen 216. —, Anlagen zur Versorgung mit Lebensmitteln 216.
Staphylokokken, als Urs. von akuter Osteomyelitis 8. —, lange Dauer d. Virulenz 230.
Steinschnitt, hoher, Blasennaht b. solch. 63. 64.
Sterilisation d. Milch 72.
Stimme, Veränderung b. Geisteskranken 142. — S. a. Pseudostimme.
Stirnhöhle, Empyem, Diagnose u. Behandlung 43.
Störck'sche Blennorrhöe 43.
Stoffwechsel, bei kranken Kindern 56. —, Einfluss fraktionirter Nahrungsaufnahme auf dens. 175. —, bei Diabetes mellitus 190. —, Beiträge zur Lehre von dems. (von *Carl von Noorden*, 2. Heft) 199. —, bei Entfettungskuren 199. —, b. d. Gicht 200. 248. —, während d. Menstruation 200. —, Bezieh. d. Gallenabsonderung zu solch. 226.
Streptokokken, als Urs. d. hämorrhag. Sepsis 8. —, Lungenentzündung durch solche verursacht 37. —, Leberatrophie durch solche 230.
Struma suprarenalis aberrata 127. — S. a. Kropf.
Strumitis, Muskelabscesse b. solch. 250.
Strychnin, Injektion gegen Pneumonie 42.
Subcutane Injektion, Ausscheidung von durch solche eingeführten Arzneimitteln durch d. Magen u. durch d. Harn 235.
Subluxation der Cartilago triangularis im Handgelenke 65.
Sulfonal, Vergiftung, Nierenveränderungen b. solch. 20.
Syndaktylie b. Makrodaktylie 169.
Syphilis, Pachymeningitis cervicalis hypertrophica b. solch. 22. —, Erkrankung d. centralen u. d. peripher. Nervensystems nach solch. 24. —, Paraplegie b. solch., Diagnose 26. —, Bezieh. zur allgem. Paralyse 33. —, d. Fötus 156. —, Ordinationsformen f. d. Behandl. 202. —, Veränderungen im Verdauungskanal b. solch. 219. —, d. Dünndarms 232. — S. a. Katarrh; Metasyphilis.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Sympathicus s. Nervus.
Symphyseotomie, Indikationen 51. 52. —, Geburtsmechanismus nach solch. 53. —, Rehabilitation, Geschichte 109.
Symphysis pubis, Geburt b. Klaffen ders. mit Blasenektopie 51.
Syringomyelie, ohne Symptome verlaufen 21. —, Bezieh. zu Morvan'scher Krankheit 26. —, Gelenkerkrankungen b. solch. 26.
Syzygium jambolanum, Anwendung b. Diabetes mellitus 270.

Tabes dorsalis, als Complikation von Basedow'scher Krankheit 289.
Tafeln s. Unterrichtstafeln.
Talipes s. Klumpfuss.
Talus, Luxation 66.
Tapeten, arsenhaltige 177.
Taubheit, nervöse, b. Myelitis dorsalis 23.
Temperatursinn, Prüfung 275.
Testikel, idiopath. Entzündung 48. —, Veränderungen nach Exstirpation d. Schilddrüse 234.
Tetanie, Symptome 28.
Tetanus neonatorum 56.
Textbook of the theory and practice of medicine (edited by *William Pepper*, Vol. II.) 202.
Theer s. Nadelholztheer.
Theobrominum natriosalicylicum, Diureticum 17.
Therapie s. Lehrbuch.
Thioharnstoff, Wirkung 135.
Thiosinamin, subcutane Injektion (Wirkung auf d. Blut) 134. (Hautanaesthesie nach solch.) 134.
Thorax, angeb. Knochen- u. Muskeldefekt 121. —, Resektion d. Wandung dess. u. d. Lunge 165.
Thränendrüse, Nervenendigung in ders. 6.
Thrombose, peripherische b. innern Krankheiten 145.
Thymusdrüse, d. Krankheiten ders. (von *Carl Hennig*) 204.
Tjersj-Krankheit 148.
Todtenstarre, chem. Vorgänge b. solch. 4.
Tonsille, Vergrösserung bei Adenoidgeschwulst des Nasenrachenraums 43. —, Abschnürung mit d. kalten Schlinge 258.
Torticollis, Bezieh. zu angeb. Hämatom d. Sternocleidomastoideus 161. — S. a. Caput obstipum.
Toxalbumine, Wirkung d. Neutralsalze auf solche 122.
Toxine im Harn b. akuten Infektionskrankheiten 10.
Trachea, chron. Blennorrhöe 43. —, Lipom 44.
Tracheotomie, Vergleich mit d. Intubation 58.
Transactions of the American ophthalmological Society XXIX. 171.
Transformation d. Knochen (von *A. Lorenz*) 205.
Transplantation d. Haut nach *Thiersch* 46. 57.
Traubenzucker im normalen Harne 261.
Tremor, einseitiger, Simulation 276.
Trepanation, d. Schädels wegen Jackson'scher Epilepsie 58. —, d. Wirbelsäule wegen Paraplegie nach Pott'scher Krankheit 165.
Trinkwasser, Verbreitung von Typhus durch solch. 179.
Trional, Hämatoporphyrin im Harne nach Anwend. dess. 20.
Tripper, Incubationsdauer 46. —, Hautaffektionen 47. 78. —, Gelenkaffektionen 47. 77. —, Wirkung d. Alumnols 47. —, Gonokokken b. solch. 73. —, Epididymitis 76. —, Albuminurie 76. —, Peritonitis 77. —, Nervenkrankheiten 78. —, b. Kindern 81. —, Prophylaxe, Behandlung 81. 82. — S. a. Katarrh.
Tripperophthalmie, Behandlung 171. 172.
Tuba Fallopiae, Ueberwanderung d. Eies vom Ovarium zu ders. 50. —, Schwangerschaft in ders. 159. —, Morphologie u. Histologie 221. — S. a. Pyosalpinx; Salpingo-Oophoritis.
Tuberkelbacillus, Verwandtschaft mit d. Leprabacillus 152.
Tuberkulin, Proteine in dems. 16.
Tuberkulose, d. Uterusanhänge 49. —, d. Peritonaeum, Operation 49. —, b. Lepra 152. —, Indicanurie b. solch. b. Kindern 162.
Turnen, Ergänzung durch Jugendspiele 179.
Typhlotomie, temporäre 61.
Typhus, Epidemie durch Trinkwasser verbreitet 177.
Typhusbacillus, Wirkung d. Weines u. d. Bieres auf solch. 72. —, Unterschied von Bacterium coli commune 229.

Unfälle, Nervenkrankheiten nach solch. 192 flg.
Unterbindung s. Ligatur.
Unterleib, diagnost. Hülfsmittel b. Neubildungen in dems. 147. —, Operationen an solch. (Planum inclinatum) 259. (Behandlung d. Peritonaeum) 259. —, penetrirende Schusswunden 259.
Unterrichtstafeln, augenärztl. (von *Magnus*) 108.
Unterschenkel, Exartikulation im Kniegelenk 170. —, Amputation 260.
Urämie, ptomatinartige Substanz im Harne 10. —, Nutzen d. Aderlasses 146. —, Darmaffektion b. solch. 232.
Ureter s. Harnleiter.
Urethan, chem. Zusammensetzung 135.
Urethritis s. Harnröhre.
Uteruskrebs, über Recidive dess. (von *G. Winter*) 206.

Vaccination, Uebertragung d. Lepra durch solche 151.
Vagina, Exstirpation d. Uterus von ders. aus 49. —, Blennorrhöe b. Kindern 81. —, Anwendung d. Chlorzinks b. Katarrhen u. Erosionen 134. —, Exstirpation d. Uterus von solch. aus 253. —, Zerreissung d. Gewölbes 257.
Vaginofixation d. Uterus 48. 253.
Varicella, Bezieh. zu Variola 143.
Varices im Oesophagus 116.
Variola, Bezieh. zu Varicella 143. —, Serumtherapie 143.
Vasomotoren, Lähmung an d. Extremitäten 29. 30. —, Ataxie 144.
Vena cava, Fistel zwischen ders. u. d. Vena portae, Wirkung 224.
Venaesectio s. Aderlass.
Venen, Beziehung d. Nebennieren zu dens. 6. —, Thrombose d. peripher. b. innern Krankheiten 145.
Ventrofixatio uteri 48. 253.
Verband s. Gipsleim-, Holz-, Spiraldrahtverband.
Verbrecher, irre, über Behandlung u. Unterbringung ders. (von *R. Günther*) 211.
Verdauung s. Pepsinverdauung.
Verdauungskanal, ptomatinartige Substanzen im Harne b. chron. Erkrankungen dess. 10. —, syphilit. Veränderungen 219. — S. a. Magen; Darm.
Verein, deutscher f. öffentl. Gesundheitspflege, 18. Versamml. zu Würzburg 69.
Vergiftung, Einfl. auf d. Milchsäuregehalt d. Muskeln 4. —, Amblyopie in Folge solch. 68. — S. a. Blei; Carbolsäure; Kohlenoxyd; Leuchtgas; Nitritvergiftung; Phosphor; Sulfonal.
Verletzung, Beziehung zur Entstehung von Diabetes mellitus 189. — S. a. Hydronephrose; Kopfverletzung; Neurosen; Rückenmark; Schädel.
Versuch einer Theorie d. septischen Krankheiten (von *Alexander Marmorek*) 200.
Vibration, Anwendung b. Behandl. d. Nerven- u. Geisteskrankheiten 32.
Viehmärkte 216.
Virus, Wirkung d. *Behring*'schen Heilserum 123.
Volksernährung in Neapel 175.
Volksschulen auf d. Lande, Hygieine 70.
Volvulus d. Flexura sigmoidea, Laparotomie 62.
Vulva, Blennorrhöe b. Kindern 81.

Wärme, Anwendung b. weichem Schanker 47. — S. a. Körpertemperatur.
Wasser, Kochapparat 72. — S. a. Haarwässer; Trinkwasser.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Wasserbad, permanentes b. Cystotomie 64.
Wasserleitung, Vorkehrung gegen d. Wasservergeudung 69.
Wasserstoffsuperoxyd, örtl. Anwendung b. Diphtherie 35.
Wechselfieber s. Malaria.
Weil'sche Krankheit, Aetiologie u. Pathologie 246. 247.
Wein, Wirkung auf Cholera- u. Typhusbacillen 72.
Weizenkleber, Nahrungswerth 176.
Wendung d. Foetus auf einen Fuss 51.
Windpocken s. Varicella.
Wirbel, akute Osteomyelitis 59. —, Pott'sche Krankheit 61. 165. — S. a. Halswirbel.
Wirbelsäule, Operationen b. Pott'scher Krankheit (Drainage) 61. (Trepanation) 165. —, Verkrümmungen (b. Schulkindern) 258. (Behandlung) 258. — S. a. Kyphose; Skoliose.
Wochenbett, Embolie d. Lungenarterie während dess. 54. —, Resorptionsfieber 54. —, Laktohämie u. Laktosurie 199. —, Zucker im Harn 261. — S. a. Puerperalfieber.
Wunden, Heilungsvorgang 94. —, asept. Behandl. 219.
Wurmfortsatz, Perforation 205.
Zahnextraktion, Gefährlichk. d. Pentalnarkose 240.
Zange s. Achsenzugzange.
Zeigefinger, Rankenangiom 57.
Zellen, d. Blutgefässe im Gehirn umgebende 6. —, riesenkernhaltige, capillare Embolie von solch. 11. — S. a. Furchungs-, Leber-, Parenchymzellen; Placenta; Riesen-, Schlummer-, Sehnenzellen.
Ziegenmilch, Verwendung zur Gewinnung d. Diphtherieheilserum 245.
Zink s. Chlorzink.
Zirbeldrüse, Entwicklung u. Funktion 233. —, Bezieh. zur Schilddrüse 234. 244. —, Veränderungen b. Akromegalie 243. —, Symptome d. Erkrankungen 244.
Zittern, einseitiges, Simulation 276.
Zoster s. Herpes.
Zucker, Resorption, Wirkung auf d. Organismus 182. —, im Blute (Bestimmung) 183. (Zerstörung) 184. (Ursache d. Ueberladung b. Diabetes) 189. —, Nachweis im Harne 261. 262. — S. a. Glykosurie; Milchzucker.
Zunge, Geschmacksknospen in d. blattförmigen Papillen b. Kaninchen 119. —, idiopathischer Krampf 148.
Zungenbein, Dislokation 27.
Zwerchfell s. Diaphragma.
Zwillinge von gleichem Geschlecht 161.

Namen-Register.

Abel, E., 166.
Abel, Karl, 158. 160.
Ahlfeld, Friedrich, 54.
Albers 257.
Albert, Eduard, 63.
Albertoni 181. 182.
Albrand 204*.
Albu, Albert, 10. 24.
Allbutt, Thomas Clifford, 191. 194.
Ambrosius, W., 164.
Anderson, A., 182.
Anderson, M'Call, 241.
Andriezen, W. Lloyd, 6. 223.
Angiolella, G., 138.
Arendt 254.
Arnd (Bern) 124.
Arnold, Julius, 242.
Arthus, M., 181. 184.
Aschoff, L., 11.
Auché, B., 143.
Aufrecht, E., 36. 245.

Baatz, M., 169.
Babes, Victor, 8. 230.
Baccelli, Guido, 38.
Bähr, Ferdinand, 66.
Bäumler, Chr., 191. 193.
Baginsky, A., 35. 56. 204*.
Bahrdt, R., 110.
Baines 191.
Baldi, Dario, 135.
Banholzer, M., 16.
Barbacci, Ottone, 125.
Barbier, H., 182.
Bard, J., 241.
Bardeleben, Karl von, 198*.
Barrel, Herbert J., 67.
Basch, Karl, 118.
Battistini, F., 182. 271.
Baumgarten, G., 144.
Baumgarten, Paul, 214*.

Beadles, Cecil, 244.
Becker, E., 20.
Becker, N. M., 226.
Behring, A., 202*.
Békésy, Géza, 143.
Benda, Theodor, 30.
Beneke, Rud., 83. 98.
Benson 151.
Benzler 164.
Berent, A., 83. 96.
Bergmann, A. von, 152.
Berkling, A., 272.
Berndt, Fritz, 259.
Bernhardt, M., 242. 244. 245.
Bertololy 191. 195.
Bertram, Hermann, 259.
Beugnies-Corbeau 181. 263.
Beuner, R., 181. 271.
Bidder, A., 61.
Bidder, E., 157.
Bidwell 46.
Biegánski, W., 145.
Bier, A., 65.
Bilfinger 273. 275.
Billroth, Theodor, 162.
Binaud 165.
Binet, Paul, 135.
Binswanger, Otto, 105*.
Birch-Hirschfeld, E. V., 114. 131.
Blaschko, A., 71.
Bleibtreu, L., 251.
Bloch, G., 182.
Blocq, P., 243.
Boinet, Ed., 153.
Boix, E., 181. 189. 264.
Bond 42.
Borck 167.
Born 182.
Borral, A., 153.
Bothe, A., 212*.
Bothezat 47.
Bourneville, H., 22.
Boyce, Rubert, 244.
Bramwell, Byrom, 191. 194. 196. 197. 243.
Braun von Fernwald, Richard, 51. 52.
Brik 64.
Broca, P., 8.
Bronowski, S., 17.
Brookhouse 191.
Brousse 47.
Brown-Montclair, J. S., 52. 53.
Brunet, Henri, 138.
Bruns, Ludwig, 25. 191. 195. 272.
Bruns, Paul, 167.
Buchner, Hans, 122. 123.
Büttner 49.
Bull, Charles Stedman, 171.
Burchardt 171.
Buschan, G., 137.
Buschke (Greifswald) 163.
Busse 83. 94.
Buzzard, Thomas, 191.
Byers, John W., 158. 160.

Cantù, L., 146.
Capparelli, A., 181. 186.
Carslow, John H., 246.
Carter, Ernest Ch., 244.
Caselli, A., 164.
Casper, L., 47.
Cassaet, E., 11.
Caton, Richard, 243.
Cazeneuve 134.
Centanni, Eugenio, 227.
Chambrelent 10.
Charcot 27.
Chauffard 182. 265.
Chauveau, A., 182. 189.
Chéron, P., 182. 270.
Chipault, A., 205*.
Clément, E., 145.
Cocq, V., 52. 53.
Cohn, M., 131.
Collins 31.
Condamin, R., 167.

* bedeutet Bücheranzeigen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Cooke, Barton 52.
de Coquet 48.
Cripps, Harrison, 61.
Cronheim 83. 87.
Crozet 165.
Curschmann, H., 110. 114.
Czempin, A., 206*.
Czermak, N., 120.

Dapper, Carl, 199.
Dastre, A., 181. 183.
Dauber 27.
Davids 72.
Davidsohn, Carl, 40.
Daxenberger, Hans, 23.
De Domenicis 181. 136.
Dehio, Karl, 31.
De Renzi, Errico, 182. 186. 187.
Destrée 182. 270.
Devie 181. 265.
Dickinson, Rob. L., 52. 53.
Dieckmann 70.
Dinkler, M., 24.
Dittel jun., L. von, 257.
Djuritsch, Liubitza 162.
Döderlein, Albert, 131.
Dogiel, A. S., 6.
Doran, Alban, 49.
Draghiesco 52. 53.
Drasche, Anton, 42.
Dreschfeld, J., 243.
Drobner, Herm., 272.
Dronke 56.
Dubrueil 26.
Dubs 224.
Dühring, E. von, 151.
Düvelius, J., 134.
von Dungern 9.
Dupuy, L. E., 256.
Duval 7.

Eberth, C. J., 83. 96.
Ebstein, Wilhelm, 20. 182. 189. 263. 266.
Eddison 191.
Egaroff 139.
Eiger, J., 231.
Eiselsberg, Anton von, 169.
Eisenlohr, C., 27.
Ekstein 207. 208*.
Elschnig, Anton, 67. 68.
Elsenberg 48.
Emmerich, Otto, 213*.
Engel Bey, Franz, 160.
Epenstein, H., 181. 263. 270.
Eulenburg, Albert, 30. 202*.
Eversbusch 67.
Ewald, C. A., 10.

Faber, Knud 10.
Fayel 7.
Fedorow, Ph. Th., 240.
Fehling, Hermann, 109*.
Feinberg 29.
Felsenthal, S., 36.
Fickl 42.
Fiedler, A., 143. 246.
Fiesinger, Ch., 54. 125.
Finger, E., 44.
Finotti, Em., 49.
Fischer, Heinrich, 157.
Fischer, J., 232.
Flesch, M., 181. 189.
Forel, Aug., 32.
Fournier, Alfred, 104*.
Fox, Colcott, 46.
Fraenkel, A., 249.
Fraenkel, Eugen, 103*.
Fraenkel, H., 138.
Fränkel, O., 208*.
Francke, K., 103*.
Frankl-Hochwart, L. von, 273. 274.
Fratnich, E., 243.
Freeman, Rowland Godefroy 72.
Fremlin 228.
Freyhan 182. 189.
Frickhinger, Gottfried, 36.
Friedberg, W., 157.
Friedenwald, Harry, 241.
Friedmann, M., 30. 32. 193. 197. 272. 273.
Friedrich, L., 32.
Friedrich, Paul, 116.
Friedrichsen, Friedrich, 199.
Fritsch, H., 253.
Fröhlich (Berlin) 67.
Frölich, H., 60.
Frommel, Richard, 48.
Fuchs, Sigmund, 142. 275. 276.

Gärtner, Aug., 110*.
Galliard 41.
Gara, Géza 231.
Garré, C., 133. 168.
Gaule, Justus, 120.
Gendron, F., 60.
Genersich, G., 161.
Gerhardt, C., 204*.
Gerlach, W., 182. 271.
Gianelli, A., 28.
Gilles de la Tourette 26.
Gluck, Th., 57. 58. 204. 258.
Goetz, Ed., 272.
Goldflam, S., 22.
Goldscheider 41.
Goldschmidt, Julius, 152. 153.
Golebiewski 180.
Gordon 191.
Gottschalk, Siegm., 13.
Gould, Pearce, 61.
Grawitz, Paul, 83. 84. 87. 95. 96.
Grossmann, O., 239.
Grube, Karl, 137.
Grun, C., 12.
Guément 43.
Günther, R., 213*.
Guinard, L., 133.
Gumlich 4.
Gussenbauer, C., 164. 166.

Haab, O., 108.
Haasler 62.
Habs, R., 64. 169.
Haeckel, Heinrich, 198*.
Hahn, M., 224.
Hall, Rufus E., 167.
Hamburger, H. J., 7.
Hanot, V., 147.
Hanriot 181.
Hansemann, David, 83. 96.
Hansen, G., Armauer, 150.
Harley, Vaughan, 182. 186. 189. 264.
Harnack, Erich, 18.
Harris, Butler, 8.
Harris, Rob. P., 52.
Haskovec, L., 243.
Hasterlik, Alfred, 177.
Hauser, G., 39.
Havelberg, J., 181. 262.
Hédon, E., 181. 182. 186. 187. 188.
Heffter, A., 4.
Heidemann 83. 91.
Heidenhain, L., 181. 272.
Heil, Karl, 50.
Heitzmann, J., 205*.
Helferich 57. 170.
Hennig, Carl, 204*.
Hertwig, O., 5.
Herzfelder 205*.
Hesse, Arthur, 180.
Heubner, Otto, 113. 114.
Heuck, H., 256.
Heusner, L., 257.
Heyse 9.
Hezel, O., 181. 261.
Hjelt, Otto E. A., 220*.
Higier, H., 275.
Hildebrandt, H., 182. 271.
Hiller, Arnold, 15.
Himmelfarb, G., 154.
Hirsch, Georg, 141.
Hirsch, H., 260.
Hirschberg, Leopold, 137.
Hirschfeld, F., 182. 263.
Hirst, Barton Cooke, 52.
Hitzig, Eduard, 191. 193.
Hochhaus, Heinrich, 24.
Hoelzl, Hans 117.
Hoffmann 191. 193.
Hofmeister, F.. 234.
Holländer, Eugen, 156.
Homén, E. A., 232.
Hopadze, S. S., 232.
Hosch, Fr., 241.
Hougberg, Emil, 33.
Huber, A., 8.
Hudelo 26.
Hugounenq 18. 181. 265.

Jaboulay 140.
Jack, Edwin E., 241.
Jack, Wm. R., 241.
Jacobson, J., 10.
Jacquet 181.
Jäger, H., 246. 247.
Jaksch, R. von, 182. 185. 261. 263.
Jastrowitz 182. 263.
Iblitz, Friedr., 242.
Ingerslev, E., 55.
Joffroy, A., 136.
Johnson, E. G., 219.
Johnson, George, 182. 262.
Johnson, Walter B., 172.
Jolly, F., 191. 193.
Jores (Bonn) 131.
Josserand 29.
Jurka 275. 276.

Kahlden, C. von, 39.
Kaltenbach, R., 50.
Kamocki, V., 68.
Kandidow, P. G., 235.
Karpow, G., 238.
Kaufmann 182. 189.
Kayser, B., 199.
Keegan 64.
Keiler, Arnold, 71.
Keitel 134.
Kelling, Georg, 3.
Kelly, Howard A., 251. 252. 253. 254. 255.
Kétli, Karl, 133.
Kickhefel, 83. 92.
Kimpen 179.
Kirstein, A., 181. 265.
Kisch, E. Heinrich, 182. 263.
Kisgen 23.
Kiwull, E., 62.
Klein, E., 230.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Klein, Th., 51.
Kleinwächter, Ludwig, 252.
Knapp, H., 171.
Knapp, Philip Coombs, 191. 196. 197. 275.
Knorre, G. v., 48.
Kobert, Rud., 202*.
Koch, C., 56.
Köhn, Theodor, 70.
Kölliker, Th., 258.
Koenig, Franz, 108*.
König, Wilhelm, 273.
Körte, W., 62. 167. 239.
Köster, H., 37.
Köttnitz, A., 181. 256. 265.
Kolisch, R., 182.
Kollmann, Arthur, 111.
Kossel, A., 229. 245.
Kossmann, R., 158.
Kouzmine, B. J., 169.
Kraepelin, Emil, 274*.
Krannhals 229.
Kraus, Fr., 181. 185.
Krause, W., 223.
Krefting 229.
Krehl, Ludolf, 107*.
Krikow, N., 41.
Krösing 83. 89.
Krug, B., 199.
Krug, W., 258.
Krukenberg, H., 170.
Kruse 83. 88.
Kühne, W., 16.
Künne, A., 44.
Kulenkampff, D., 59.
Kupferberg, Heinz, 21.
Kurz, Edgar, 61.
Kuzmin, B. J., 169.

Laache, S., 145.
Laborde, J. V., 7.
Laehr, Max, 148.
Lafitte, J. B., 181. 186. 188.
Lamhofer, A., 172.
Landolt 108.
Lang, Eduard, 202*. 204*.
Lange, F., 148.
Lange, M., 118.
Langendorff, O., 181.
Langer, F., 57.
Lanz, Otto, 37. 46. 124. 252.
Laserstein, S., 119.
Lavisé 138.
Le Boeuf 22. 138.
Lecorché 182. 269.
Ledderhose 167.
Lehmann, K. B., 69.
Leloir, H., 149.
Lemcke, Chr., 43.
Lenhartz, H., 111. 191. 193.
Lenhossék, M. von, 119.
Lenné 182. 270.
Leo, Hans, 181. 182. 189. 190.
Leonowa, O. von, 223.
Lépine, R., 181. 182. 184. 186. 189.
Leube, W. O., 145.
Leuckart, Rud., 198*.
Leuw, Carl, 166.
Leva, Johann, 181. 188.
Levor, Max, 260.
Lewers, Arthur H. N., 52. 53.
Lewin, Georg, 30.
Lichtwitz, L., 43.
Lilienfeld, Leon, 3.
Lins, Josef, 182. 271.
Lloyd 27.
Looft, C., 153.
Lop, P. A., 165.
Lorand 47.
Lorenz, A., 205*.
Loumeau, F., 63.
Lubarsch, O., 129. 233.
Luciani, Luigi, 208*.
Ludwig, H., 181.
Lustig, A., 181. 185.
Luther, Ernst, 181. 261.
Lydtin 69.

Mackenzie 27.
Magnus, Hugo, 21. 108*. 241. 242.
Maheu, J., 230.
Maisch 207*. 208.
Mall, Franklin P., 118.
Manasse, O., 6. 127.
Manfredi, Luigi, 175.
Mann, L., 273. 275.
Marcel 258.
Marie, Pierre, 137.
Marmorek, Alexander, 200*.
Martig, W., 167.
Martin, A., 158. 246.
Martin, E., 163.
Martin, Sidney, 27.
Massen, O., 224.
Matte, F., 223.
Mayer, J., 181. 264. 266. 271.
Mays, Thomas J., 42.
Meltzer, S. J., 227.
Mencke 216*.
Mendel, E., 139.
Mendel, H., 44.
Menicanti, G., 176.
Meredith, W. A., 259.
von Mering 186. 188.
Messner (München) 65.
Mettenheimer, C., 147.
Meyer, Hermann, 18.
Miller, M., 161.
Minkowski, O., 181. 182. 186. 187. 188. 189.
Mitchell, S. Weir, 29.
Mitrophanow, P., 121.
Mörner, K. A. H., 3.
Mommsen, E., 163.
Monks, George H., 59.
Morian (Essen) 59.
Morison (Edinburgh) 38.
Morselli, E., 32. 34. 142.
Morton, Th., 169.
Mott, Fred., 29.
Müller, Georg, 275. 276.
Müller, Kurt, 8.
Müller, Oscar, 153. 161.
Müller, W., 165.
Münch, G. N., 148.
Muscatello, G., 132.

Nagel, W., 51. 156.
Nencki, M., 224. 237.
Neufeld, C. A., 177.
Neugebauer, Franz Ludwig, 109*.
Neumann, J., 150.
Neusser, E., 247.
Nicolaier, A., 182. 271.
Nicolas 29.
Noble 191.
Noltenius, H., 59.
Noorden, Carl von, 199*.
Nuel, J. P., 241.

Oddi, R., 181. 185.
Oertel, M. J., 178.
Offergeld 242.
Oker-Blom 43.
Onodi, A., 221.
Opocher, G., 19.
Oppenheimer, R., 120. 138.
Orthmann, E. G., 50.
Osthoff, Georg, 216*.

Paetz, Albrecht, 210*.
Pal, J., 181.
Palma, P., 182. 190.
Paltauf 45.
Papiewsky, W., 56.
Parsons, Ralph H., 243.
Pasqualis, G., 19.
Patrick, Hugh P., 26.
Patru, Ch., 22.
Pawińsky, Joseph, 17.
Pawlow, J., 224.
Peiper 185.
Pel, P. K., 272.
Pellizzari, Celso, 152.
Pensuti 38.
Pepper, William, 202*.
Pereire, E., 259.
Peretti 69.
Petrescu 42.
Pfaff, Franz, 17.
Pfeiffer, Ludwig, 69.
Pflüger, E., 195.
Philip, Paul, 34. 134.
Philippson, Louis, 153.
Piatkowski, Marian, 182. 271.
Pick, Alois, 72.
Pistor, Moritz, 70.
Pitchford, Watkins, 182.
Pitres, A., 149.
Placzek, S., 214*.
Pohl, Julius, 135.
Pollosson, Aug., 62.
Poncet, A., 140.
Popoff, Demetrius, 13. 221.
Popoff, P. M., 4. 133.
Popper (Mainz) 61.
Posner, C., 181. 263. 270.
Potts, Charles S., 275.
Power, D'Arcy, 161.
Prausnitz, W., 176.
Prochnow 64.
Putnam, James J., 138. 140.
Puzey, Chauncy 191.

Quincke, H., 141.
Quisling, N. A., 56.

Rabe, Alexander, 15.
Raia, Vito L., 241.
Rake, Beaven, 151. 152.
Randall, Alexander, 172.
Ranglaret 230.
Ranke, H. von, 58.
Ravogli 251.
Rawitz, Bernhard, 103*.
Reale 182. 186. 187.
Reche 242.
Redlich, E., 169.
Régis 33.
Regnier 52. 53.
Rehn, H., 162.
Rehn, L., 139. 140.
Reichel (Würzburg) 118.
Reinbach, G., 11.
Reiner 42.
Reinhold, H., 141.
Reisner, Arthur von, 151.
Reizenstein 120.
Renzi, de, 182. 186. 187.
Ribbert 125.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Richter, Max, 134.
Rieder, Hermann, 42. 121.
Riehl 45.
Rindfleisch, Walter 62.
Ringsted, O. T., 219.
Ritschl, A., 170.
Roberts, Arthur, 182. 262.
Robertson, T. A., 191.
Robillard 18.
Robitschek, Wilhelm, 136.
Röse, C., 147.
Rollet 134.
Roque 181. 265.
Rosenbach, O., 182. 262.
Rosenberg, Albert, 203*.
Rosenthal, Carl Fr. Th., 203*.
Rosenthal, J., 235.
Rosin, H., 133.
Ross, William, 23.
von Rosthorn 157. 257.
Roth, E., 215*.
Roth, W., 43.
Rovighi, A., 236.
Rubner, W., 72.
Rumbold, Alois, 20.
Rummo, Gaetano, 18.

Sacaze, H., 146.
Sachs, Theodor, 68.
Sachs, W., 60.
Sänger 191. 193.
Sänger, M., 111. 154.
Sainsbury 40.
Sakowsky, M., 229.
Salkowski, E., 182. 263.
Samter 47.
Sandmeyer, W., 181. 187.
Sansoni 181. 184.
Sauer, Karl, 181. 185.
Saundby 191.
Schaberg 259.
Schäffer, Jean, 237.
Schapringer 68.
Schauta, F., 254.
Schede, Max, 61.
Scheurlen 71. 72.
Schick, Richard, 257.
Schilling, F., 16.
Schlatter, C., 66.
Schleiffarth 93. 90.
Schlösser 195.
Schmidt 83. 87.
Schmidt, A. (Altona), 55.
Schmidt, Benno, 110.
Schmidt, F. A., 179.
Schmiedeberg, O., 16.
Schmitz, Richard, 182. 264. 266. 269.
Schneider, P., 150.
Schneider, V., 158. 161.
Schnitzler, Julius, 230.
Schönheimer, H., 154.
Schönwerth, Arnulf, 122.
Scholl, H., 178.
Schoumoff-Simanowsky, E. O., 223.
Schrader, Theodor, 200.
Schrank, W., 164.
von Schrenck-Notzing 32.
Schröter, P., 66.
Schütz 182. 262.
Schultze, Ernst, 20.
Schultze, Fr., 25. 193. 242.
Schulz, Oscar, 4.
Schwalbach, Georg, 4.
Schwartz, Hugo, 4.
Schweizer, F., 154.
Sclavunos, G., 6.
Seegen, J., 182. 184. 262.
Seeligmüller, A., 191. 194. 195.
Seegel 181. 265.
Séglas, J., 33.
Seibert, A., 35.
Seigneux, R. de, 49.
Selter, P., 233.
Senator, H., 182. 244. 263.
Sendtner, R., 177.
Severi, A., 236.
Shakespeare 84. 98.
Sherwood, Mary, 252.
Shoemaker, G. E., 169.
Sieber, N., 237.
Siegert, F., 12.
Siegmund, A., 163.
Sieveking, Edward, 182. 262.
Sippel, Albert, 158. 159.
Sklodowski, J., 17.
Smirnow, S. G., 175.
Smith 191.
Sobotta, J., 118.
Sokolow, N. M., 235.
Solis-Cohen, Solomon 144.
Sollier, P., 22.
Solman, Th., 260.
Solowjew, G. A., 255.
Souroukhi 139.
Sperling, Max, 54.
de Spéville 240.
Spirig, Wilhelm, 200.
Stamm 35.
Stern, B., 20.
Stockmann 139.
Stoecklin, Henry de, 228.
Stokvis, B. J., 259.
Stolzenburg 18.
Stoquart 41.
Straube 83. 87.
Straus, I., 38.
Strauscheid 145.
Stroebe 83. 97.
Strümpell, Adolf, 191. 193. 195. 197. 203*.
Sudeck, P., 127. 128.
Svensson, Ivar, 219.

Tarnier 10.
Taub, J., 56.
Taube, Max, 114.
Tausch 61.
Tavel, E., 124.
Templeman, Charles, 259.
Tenderich 83. 93.
Thiroloix, J., 181. 182. 186. 187. 188. 190.
Thompson, W. Gilman, 249.
Thorburn 26.
Tillie, J., 135.
Tillmanns, H., 110.
Timotheeff, Leonidas 139.
Tipjakoff 48.
Tizzoni, G., 227.
Tollemer, Louis, 240.
Topolanski 195. 273. 274.
Townsend, Charles W., 256.
Treitel, Leopold, 33.
Treymann, M., 49.
Tschmarke, Paul, 239.
Tschurilow, J., 238.
Tussenbroek, Catharine von, 14.

Unger, L., 204*.
Unna, P. G., 12.
Unverricht 191. 193.

Vandervelde 138.
Vassiljew 226.
Veiel 46.
Venturi 40.
Verchère 58.
Vergely 182. 264.
Vibert, Ch., 191. 196. 197. 273.
Vidal 47.
Viering 83. 86.
Vincent, E., 60.
Vogel, L., 200. 248.
Voit, Carl, 176. 226.
Voit, Fritz, 181. 188. 191.
Volkmann, R., 154.
Vorster 138.
Vulpius, Oscar, 16.

Wagner, A., 57.
Wagner, Paul, 114.
Waibel, Carl, 208*.
Walker, Rinsley, 179. 191.
Wallis, Curt, 219.
Walsham, W. J., 67.
Walther, Heinrich, 29. 51.
Warfvinge, F. W., 218*.
Wassermann, A., 37. 121. 245.
Wassiljew, N., 226.
Watkins Pitchford 182.
Weber, H., 179.
Weigert 83. 95.
Weil, Rud., 182. 271.
Weir, Mitchell, 29.
Weiss, Julius, 201*.
Weiss, Otto von, 50.
Wernicke, C., 123. 191. 192.
Werther (Dresden) 73.
White, W. Hale, 146.
Wichmann, Ralf, 272.
Wilbrand 195.
Williams, Francis H., 34. 245.
Williamson, G. E., 67.
Williamson, R. T., 182. 189. 190.
Windscheid, F., 110.
Winter, G., 206*.
Wittzack, Hermann, 16.
Wolff, Julius 59.
Wolffberg 179.
Wolters 46.
Wunderlich, O., 240.

Yamagiwa, K., 84. 97.

Zaaijer 180.
Zambaco Pascha, 149.
Zappert, J., 245.
Zawadzki, J., 260.
Zielinska, Marie, 234.
Ziemssen (Wiesbaden) 191.
Zöller 272.
Zülzer, Georg, 199.
Zweifel, P., 110.

Leipzig, Walter Wigand's Buchdruckerei.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

404. *Bernhard, M.* Ein Fall von einseitigem (wahrscheinlich angeborenem) infantilen Gesichtsmuskelschwund. S. 242.
405. Ueber Akromegalie. (Zusammenstellung.) S. 242.
406. *Boyce, Rubert*, u. *Cecil Beadles.* Ueber die Pathologie der Hypophysis cerebi. S. 244.
407. *Carter, Ernest Ch.* Ueber ein Cylindrom des Gehirns. S. 244.
408. 1) *Senator, H.* Ueber Erythromelalgie. — 2) *M. Bernhardt.* Ein Fall von Erythromelalgie. S. 244.

V. *Innere Medicin.*

409. *Aufrecht.* Ueber eine lebensgefährliche Frühcomplikation der Rachendiphtherie. S. 245.
410. *Williams, Francis H.* Ueber Diphtherie und ähnliche Erkrankungen. S. 245.
411. *Ehrlich, P., H. Kossel* u. *A. Wassermann.* Ueber Gewinnung u. Verwendung des Diphtherieheilserums. S. 245.
412. *Zappert, J.* Ueber die Heilwirkung des Antidiphtherin (Klebs).
413. *Carlslow, John H.* Ueber die Behandlung schwerer Scharlachfieber. S. 246.
414. *Martin, A.* Ueber eine Epidemie von Mumps; Prophylaxis und Behandlung. S. 246.
415. 1) *Fiedler, A.* Weitere Mittheilungen über die Weil'sche Krankheit. — 2) *H. Jäger.* Die Aetiologie des infektiösen fieberhaften Ikterus (Weil'sche Krankheit). S. 246.
416. *Neusser, E.* Ueber Cyanose. S. 247.
417. *Vogel, L.* Ueber Gicht. S. 248.
418. *Thompson, W. Gilmann.* Ueber Addison'sche und Nebennieren-Krankheit. S. 249.
419. *Fraenkel, A.* Ueber eigenartig verlaufene septikopyämische Erkrankungen nebst Bemerkungen über akute Dermatomyositis. S. 249.
420. *Bleibtreu, L.* Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus acutus. S. 251.
421. *Ravogli.* Purpura recurrens. S. 251.

VI. *Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.*

422. *Kelly, Howard A.* Ueber diagnostische Irrthümer durch Kothanhäufungen im Rectum und dem S romanum. S. 251.
423. *Kelly, Howard A.* Ueber die Untersuchung der weiblichen Blase und die Sondirung der Harnleiter unter Leitung des Auges. S. 251.
424. *Kleinwächter, Ludwig.* Einige Worte über Verengerungen der weiblichen Urethra. S. 252.
425. Gynäkologische Mittheilungen aus dem Johns Hopkins Hospital; von Howard A. Kelly. S. 252.
426. *Kelly, Howard A.*, u. *Mary Sherwood.* Ueber 100 Fälle von Bauchschnitt bei alten Weibern über 70 Jahren. S. 252.
427. *Lanz, Otto.* Die Alquié-Alexander'sche Operation zur Beseitigung des Prolapsus und der Retroflexio nach Kocher. S. 252.
428. *Fritsch, H.* Ventrofixation und Vaginofixation. S. 253.
429. *Kelly, Howard A.* Ueber Operationen zur Aufrichtung der rückwärts gebeugten Gebärmutter. S. 253.
430. *Quénu.* Ueber die Hysterektomie wegen Uterusvorfalles bei alten Weibern. S. 253.
431. *Kelly, Howard A.* Ueber einen Gebärmuttervorfall, bei dem an Stelle der Blase Darm vorgefallen war. S. 254.
432. *Schauta.* Ueber die Indikationen, die Technik und die Erfolge der Adnexoperationen. S. 254.
433. *Arendt.* Ueber operative Behandlung chronisch-entzündlicher Gebärmutteranhänge. S. 254.
434. *Asch, Robert.* Ueber die operative Behandlung der Salpingo-Oophoritis. S. 255.
435. *Kelly, Howard A.* Ueber künstliche Rückwärtslegung der Gebärmutter zur Deckung vom Bauchfelle entblösster Stellen. S. 255.
436. *Solowjew, G. A.* Die Unterbrechung der Schwangerschaft bei chronischen Herzfehlern. S. 255.
437. *Koettnitz, A.* Ueber Beckenendlagen. S. 256.
438. *Dupuy, L. E.* Ueber „Selbstentwickelung" bei einer macerirten Frucht. S. 256.
439. *Townsend, Charles W.* Ueber Placenta praevia. S. 256.
440. *Heuck, H.* Ein neuer Fall von Luftembolie bei Placenta praevia. S. 256.
441. *Schick, Richard.* Zerreissung des Scheidengewölbes während der Geburt. S. 257.
442. *v. Dittel jun. L.* Zur Uterusruptur. S. 257.

VII. *Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.*

443. *Albers.* Ueber eine Modifikation der Waltuch'schen Holzverbände (Gypsleimverband). S. 257.
444. *Heusner, L.* Ueber Spiraldrahtverbände. S. 257.
445. *Kölliker, Th.* Ueber die Anwendung des Gypscorsets. S. 258.
446. *Krug, W.* Ueber Rückgratsverkrümmung der Schulkinder. S. 258.
447. *Marcel.* Ueber Tonsillotomie durch die kalte Schlinge. S. 258.
448. *Gluck, Th.* Beitrag zur Diagnose und Therapie maligner Larynxtumoren. S. 258.
449. *Péraire, E.* Ueber ein tragbares Planum inclinatum bei Bauchoperationen. S. 259.
450. *Meredith, W. A.* Ueber die Behandlung des Bauchfelles bei Bauchoperationen. S. 259.
451. *Bertram, Hermann.* Bericht über die während der letzten 10 Jahre in den allgemeinen Krankenhäusern zu Hamburg behandelten penetrirenden Bauchschusswunden. S. 259.
452. *Schaberg.* Beitrag zur operativen Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis. S. 259.
453. *Templeman, Charles.* Fall von traumatischer Darm-Zerreissung. S. 259.
454. *Berndt, Fritz.* Casuistischer Beitrag zur Bauchchirurgie. S. 259.
455. *Zawadzki, J.*, u. *Th. Solman.* Ein Betrag zur Chirurgie des Magens: Pyloruscarcinom, Resektion, Heilung. S. 260.
456. *Levor, Max.* Ueber Caries sicca des Schultergelenks. S. 260.
457. *Hirsch, H.* Ueber Amputationsstümpfe im Allgemeinen und eine neue Amputationsmethode im Besonderen. S. 260.

B. Originalabhandlungen und Uebersichten.

V. *Hezel, O.* Ueber Diabetes mellitus. S. 261.
VI. *Bruns, L.* Neuere Arbeiten über die traumatischen Neurosen. S. 272.

C. Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes. S. 277.

Sach- und Namenregister. S. 341.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CHICAGO

Verlag von **Otto Wigand** in Leipzig.

Soeben erschien:

Ludwig Kossuth.

Sein Leben und Wirken.

Von

Eduard Somogyi.

Preis 3 Mark.

Jugenderinnerungen

aus

Kroatien.

(1749—1823. 1824—1843.)

Von

Dr. E. J. von Tkalac.

Preis 4 Mark 50 Pf.

Für die Redaktion verantwortlich: *Dr. P. J. Möbius* und *Dr. H. Dippe.* — Druck von Walter Wigand in Leipzig.

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CHICAGO

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CHICAGO

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CHICAGO

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF CHICAGO

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF CHICAGO

SHELVED BY TITLE

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CHICAGO

UNIVERSITY OF CHICAGO
72 940 124

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF CHICAGO